医院管理理论与实务

薛宝真　主编

電子工業出版社
Publishing House of Electronics Industry
北京 • BEIJING

内 容 简 介

本书全面系统地介绍了医院管理的基本理论和方法，同时，对医院管理过程中涉及的实务问题和分析方法进行了较为完整的介绍。全书在介绍国内外医院管理领域的最新理论和进展的同时，密切结合我国医院管理实际，根据医院改革创新和发展建设的客观需求，总结了我国医院管理的理论、经验和方法。本书可作为医院管理领域各个专业管理人员岗位培训、继续教育的教材和医学院校卫生管理专业教学参考书，也可供广大医院管理人员日常工作参考。

未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。
版权所有，侵权必究。

图书在版编目（CIP）数据

医院管理理论与实务 / 薛宝真编著. —北京：电子工业出版社，2009.9

ISBN 978-7-121-09587-0

Ⅰ. 医… Ⅱ. 薛… Ⅲ. 医院—管理 Ⅳ. R197.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2009）第 172306 号

策划编辑：郝黎明
责任编辑：郝黎明
印　　刷：
装　　订：
出版发行：电子工业出版社
　　北京市海淀区万寿路 173 信箱　邮编　100036
开　　本：787×980　1/16　印张：27.5　字数：602 千字
印　　次：2009 年 9 月第 1 次印刷
印　　数：1 000 册　　定价：83.00 元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：（010）88254888。

质量投诉请发邮件至zlts@phei.com.cn，盗版侵权举报请发邮件至dbqq@phei.com.cn。

服务热线：（010）88258888。

前　言

医院管理学科形成于20世纪初。近年来随着社会经济文化和医疗技术的迅猛发展，人民对生命健康提出更高的要求，医疗保健的消费逐年增长，医院规模随之不断扩大；另外由于环境变迁、物种突变，新的病种不断出现，如甲型H1N1流感病毒、禽流感病毒等，这些都要求医院经营理念和管理模式发生变革。

为了适应医院管理工作的需要，培养更高水平的医院管理人才，作者编写了《医院管理理论与实务》一书，以适应医院管理工作及教学改革的需要。该书的主编是北京宝仁中医院的院长。北京宝仁中医院是国家卫生主管部门批准注册的正规非营利性医疗机构，是我国第一所以中医特色为主的心脏病治疗专科医院，汇集了北京临床经验丰富的主任医师、副主任医师、资深老中医和主治医师等众多的专家与学者全心全意为心脏病患者服务。中医治疗有其独特的理论体系，临床运用“宝命十二丹”治疗多种类型心脏病，整体调整，平衡阴阳，辨证施治，组方严谨，具有较好的社会影响。

本书最大的特点是从现代管理理论和医院管理实务两个视角，将传统的医院管理理论与实务进行了系统、清晰的梳理。同时，作为一名具有丰富医疗经营和医院管理经验的医院工作者，作者尝试着从组织管理学角度研究医院管理体系，力求真正将医院作为一个组织来研究，以组织管理学中的新视角带来医院管理理论研究体系上的创新。

因此，本书是一本系统性、前瞻性和实践性相结合的医院管理理论与实务方面的参考书。希望本书的推出能为有志于医院管理研究的学者提供一些学术研究资料，能为培养我国医院管理专业人才做出贡献。

编　者

2009年6月

目　　录

上篇　医院管理理论

第 1 章　绪论 …… 3
1.1　医院概述 …… 3
1.1.1　医院的产生与发展简述 …… 3
1.1.2　医院的定义、类型 …… 6
1.1.3　医院的性质和功能 …… 8
1.1.4　医院工作的特点 …… 10
1.2　医院管理概述 …… 10
1.2.1　医院管理的概念和主要模式 …… 10
1.2.2　医院管理的职能 …… 12
1.2.3　我国医院管理的历史回顾和现状 …… 14
1.2.4　医疗服务领域的改革与发展 …… 15
1.3　医院管理学概述 …… 17
1.3.1　医院管理学的概念及特点 …… 17
1.3.2　医院管理学的研究对象和学科体系 …… 17
1.3.3　医院管理学的研究内容 …… 18
1.3.4　医院管理学发展概况 …… 21
本章参考文献 …… 22
第 2 章　医院组织管理 …… 23
2.1　组织的基本理论 …… 23
2.1.1　组织的概念 …… 23
2.1.2　组织的特征 …… 23
2.1.3　组织的构成要素 …… 26
2.1.4　组织结构与设计 …… 27
2.2　医院组织概述 …… 33
2.2.1　医院组织的含义及其设置原则 …… 33
2.2.2　现代医院组织结构 …… 34

2.2.3 医院组织结构特点……37
2.2.4 医院组织的运用……39
2.2.5 医院组织结构变革……42
2.3 医院的规模设置……47
2.3.1 医院病床编制……47
2.3.2 医院人员编制……48
本章参考文献……50
第 3 章 医院人力资源管理与开发……51
3.1 人力资源战略与规划概述……51
3.1.1 人力资源管理与开发的概念……51
3.1.2 人力资源管理的目标和功能……52
3.1.3 人力资源战略……52
3.1.4 人力资源规划……54
3.2 医院人力资源管理……57
3.2.1 医院人力资源管理概述……57
3.2.2 医院员工招募与甄选……59
3.2.3 医院绩效考核……61
3.2.4 医院薪酬管理……63
3.3 医院的人力资源培养开发……65
3.3.1 医院人才培养的原则……65
3.3.2 医院各类员工的培养方式……66
3.3.3 医院员工法律医德教育……68
本章参考文献……69
第 4 章 医院财务管理……70
4.1 医院财务管理概述……70
4.1.1 财务管理目标……70
4.1.2 财务管理基本环节……71
4.1.3 医院财务管理的方法……71
4.2 医院资产管理……72
4.2.1 医院资产管理综述……72
4.2.2 医院流动资产的管理……73
4.2.3 医院固定资产管理……76
4.2.4 医院无形资产管理……78
4.3 医院的筹资管理……79

4.3.1 医院筹资概述……79
4.3.2 医院资金筹集的目的和原则……80
4.3.3 医院资金需要量的预测……80
4.3.4 医院权益资金与负债资金的筹集……81
4.4 医院财务预算管理……81
4.4.1 医院财务预算编制原则……82
4.4.2 医院财务预算编制的依据……82
4.4.3 医院预算管理组织体系……83
4.4.4 部门预算管理……83
4.5 医院审计管理……84
4.5.1 医院管理审计的特点、内容和方法……84
4.5.2 医院审计的职能……85
4.5.3 医院审计的主要内容和作用……86
4.6 医院财务分析……87
4.6.1 财务分析的意义和内容……87
4.6.2 现行医院财务分析中的不足……87
4.6.3 财务分析的方法……88
本章参考文献……89
第 5 章 医院营销管理……90
5.1 医院营销管理概论……90
5.1.1 医院营销管理的概念……90
5.1.2 医院营销管理的主要内容……90
5.2 我国医院营销环境分析……93
5.2.1 宏观环境分析……93
5.2.2 微观环境分析……94
5.3 医院营销管理过程分析……95
5.3.1 市场分析……95
5.3.2 市场细分……100
5.3.3 目标市场……101
5.3.4 市场定位……103
5.3.5 营销组合……106
本章参考文献……108
第 6 章 医院信息管理……110
6.1 医院信息与医院信息管理概述……110

6.1.1 医院信息 …… 110
6.1.2 医院信息管理 …… 110
6.2 医院信息系统 …… 111
6.2.1 概述 …… 111
6.2.2 医院信息系统的发展现状及趋势 …… 115
6.2.3 系统功能划分 …… 118
6.3 医院信息系统实施与管理 …… 121
6.3.1 规划 …… 121
6.3.2 组织管理 …… 123
6.3.3 业务流程重组 …… 125
6.3.4 标准化建设 …… 125
6.3.5 安全管理 …… 126
6.4 医院信息系统评价 …… 126
6.4.1 概述 …… 126
6.4.2 评价标准 …… 127
6.4.3 评价方法 …… 128
第 7 章 医院经营管理 …… 130
7.1 医院经营管理概论 …… 130
7.1.1 医院经营管理的概念 …… 130
7.1.2 医院经营管理宗旨、目标及结构 …… 131
7.1.3 医院经营管理体制 …… 132
7.1.4 医院经营机制 …… 133
7.1.5 医院经营模式概念、类型及其特征 …… 135
7.1.6 医疗市场与医院经营策略 …… 136
7.1.7 医院经营决策 …… 138
7.2 医院成本核算 …… 140
7.2.1 成本核算的目的和意义 …… 140
7.2.2 医院成本核算的对象和方法 …… 141
7.3 影响医院经营管理的政策 …… 143
7.3.1 医疗机构分类管理 …… 143
7.3.2 医院药品收支两条线管理 …… 147
本章参考文献 …… 151
第 8 章 医院质量管理 …… 152
8.1 质量管理的基本理论 …… 152

8.1.1 全面质量管理……152
8.1.2 质量评价理论……154
8.2 医院质量管理概述……156
8.2.1 质量及医疗质量管理相关概念……156
8.2.2 医疗质量组成结构及要素……158
8.2.3 医院质量管理的基本原则……161
8.3 医院质量管理的主要内容……163
8.4 医院质量管理体系的定义和构成……164
8.4.1 医院质量管理体系的定义……164
8.4.2 医院质量管理体系的构成……165
8.5 医院质量管理的常用工具……168
本章参考文献……172
第 9 章 医院科教管理……174
9.1 医院科研管理概述……174
9.1.1 医院科学研究的意义……174
9.1.2 医院科学研究的类型……175
9.1.3 医院科学研究的特点……176
9.1.4 医院科学研究的原则……177
9.1.5 医院科研的发展趋势……177
9.2 医院科研管理内容……178
9.2.1 医学科研计划管理……178
9.2.2 医学科研成果管理……180
9.2.3 医学科研经费管理……183
9.2.4 科技档案……184
9.2.5 学术交流……185
9.3 医院学科建设和人才培养……185
9.3.1 医院学科建设……185
9.3.2 人才培养……188
9.4 医学教育的管理……189
9.4.1 医院教育的内涵及模式……189
9.4.2 医学院校的临床教学……190
9.4.3 毕业后教育……192
9.4.4 继续医学教育……192
本章参考文献……193

第 10 章　病案管理和医院统计 …… 195
10.1　病案管理 …… 195
10.1.1　病案的基本概念 …… 195
10.1.2　病案管理的基本概念 …… 198
10.1.3　病案管理的组织与发展趋势 …… 200
10.2　医院统计 …… 202
10.2.1　医院统计的定义 …… 202
10.2.2　医院统计的特点 …… 202
10.2.3　医院统计的作用 …… 203
10.2.4　医院统计工作的程序 …… 203
10.2.5　医院统计的范围和常用指标类型 …… 206
10.2.6　常用医院统计指标及其分析应用 …… 207
10.2.7　医院统计的重要性 …… 208
本章参考文献 …… 209
第 11 章　医院文化管理 …… 210
11.1　医院文化管理概述 …… 210
11.1.1　医院文化管理概念及医院文化特征 …… 210
11.1.2　医院文化的内涵 …… 211
11.2　医院文化的内容和功能 …… 213
11.2.1　医院文化的内容 …… 213
11.2.2　医院文化的功能 …… 214
11.3　医院文化建设 …… 217
11.3.1　医院文化建设的原则 …… 217
11.3.2　医院文化建设的目标 …… 218
11.3.3　医院文化建设的基本步骤 …… 219
11.4　医院形象与 CIS 管理 …… 220
11.4.1　医院形象概述 …… 220
11.4.2　塑造医院形象的作用 …… 222
11.4.3　CIS 战略导入原则 …… 222
11.4.4　CIS 战略的导入程序 …… 223
本章参考文献 …… 224
第 12 章　医院战略管理 …… 225
12.1　医院战略管理概述 …… 225
12.1.1　战略的概念 …… 225

12.1.2 医院战略管理的含义 226
12.1.3 医院战略的层次 227
12.1.4 医院战略的特点 228
12.1.5 医院战略管理系统 230
12.2 医院战略管理的目标和意义 230
12.2.1 医院战略管理的目标 230
12.2.2 医院战略管理的意义 232
12.3 医院战略管理的过程 233
12.3.1 确定医院宗旨 234
12.3.2 战略分析 234
12.3.3 战略选择及评价 236
12.3.4 战略实施 236
12.3.5 战略修订 237
12.4 医院战略选择模型——SWOT 分析法 238
12.4.1 SWOT 分析法简介 238
12.4.2 医院的战略选择 241
12.5 新形势下医院的发展战略选择 246
12.5.1 医院战略管理理论应用的主要限制因素 246
12.5.2 医院的发展战略选择 247
本章参考文献 250

下篇 医院管理实务

第 13 章 医疗管理 253
13.1 医疗管理概述 253
13.1.1 医疗管理的概念 253
13.1.2 医疗管理的基本原则 254
13.1.3 医疗管理的内容 254
13.2 门诊管理 255
13.2.1 门诊工作的任务及特点 255
13.2.2 门诊类型及科室设置 256
13.2.3 门诊的布局和工作流程 258
13.2.4 门诊组织管理体制 261
13.2.5 门诊的质量管理 262
13.3 住院管理 263

13.3.1 住院诊疗管理简介 263
13.3.2 住院诊疗的组织和任务 265
13.3.3 住院诊疗的业务管理 266
13.3.4 住院诊疗质量管理 267
13.4 重点病人诊疗管理 270
13.4.1 ICU 简介 270
13.4.2 ICU 设计 271
13.4.3 ICU 管理 271
13.5 急诊管理 273
13.5.1 急诊科介绍 273
13.5.2 急诊科任务和范围 274
13.5.3 急诊科工作特点 274
13.5.4 急诊科管理体制和设置 275
13.5.5 院前急救 276
本章参考文献 278
第 14 章 社区卫生服务 279
14.1 社区卫生服务概述 279
14.1.1 社区卫生服务简介 279
14.1.2 社区卫生服务工作的意义 280
14.2 社区卫生服务内容 281
14.2.1 社区卫生服务原则 281
14.2.2 社区卫生服务对象 282
14.2.3 社区卫生服务范围 283
14.3 社区卫生服务发展模式比较 289
14.3.1 国外社区卫生服务发展模式 289
14.3.2 国内社区卫生服务发展模式 291
14.3.3 国内外发展比较 292
本章参考文献 293
第 15 章 护理管理 294
15.1 护理管理概述 294
15.1.1 护理的定义 294
15.1.2 护理的发展历程 295
15.1.3 护理的任务 297
15.2 护理管理的基本职能 297

15.2.1 护理管理的计划职能 297
15.2.2 护理管理的组织职能 298
15.2.3 护理管理的控制职能 299
15.3 护理人力资源管理 299
15.3.1 护理人力资源管理的基本内容 300
15.3.2 医院护理人员的配备 300
15.3.3 护士培训 301
15.3.4 护士的绩效考评 302
15.4 护理质量管理 303
15.4.1 护理质量管理简介 303
15.4.2 护理质量评价 305
15.5 护理业务技术管理 307
15.5.1 护理业务技术管理简介 307
15.5.2 护理业务技术的主要内容 308
15.5.3 护理业务技术管理的主要方法 310
本章参考文献 311
第 16 章 医院感染管理 313
16.1 我国医院感染简介 313
16.1.1 医院感染概述 313
16.1.2 医院感染的分类 314
16.1.3 医院感染诊断步骤和原则 314
16.2 医院感染流行病学 315
16.2.1 医院感染的传染链 315
16.2.2 医院感染的分布 317
16.2.3 医院感染的监测 317
16.3 医院感染管理 318
16.3.1 医院感染管理内容 318
16.3.2 医院感染管理组织与职责 318
16.3.3 医务人员的感染管理 321
16.3.4 医院感染质量管理 324
16.3.5 现存问题及对策 327
16.4 医院感染的预防和控制 330
16.4.1 提高护理工作质量 330
16.4.2 监测重点目标项目 330
16.4.3 预防感染的措施 331

16.5 医疗废物管理……332
16.5.1 医疗废物概念……332
16.5.2 医疗废物管理方案……332
本章参考文献……333
第 17 章 医疗安全管理……334
17.1 医疗安全概述……334
17.1.1 医疗安全管理的概念……334
17.1.2 医疗安全的重要意义……334
17.1.3 医疗安全的分类……335
17.1.4 影响医疗安全的因素……335
17.2 医患双方的权利和义务……336
17.2.1 患者的权利……336
17.2.2 患者的义务……337
17.2.3 医方的权利……338
17.2.4 医方的义务……338
17.3 医疗纠纷……339
17.3.1 医疗纠纷概述……340
17.3.2 医疗纠纷的原因……340
17.3.3 医疗纠纷的处理……341
17.4 医疗事故……342
17.4.1 医疗事故概述……342
17.4.2 医疗事故鉴定主体……342
17.4.3 医疗事故鉴定条件……343
17.4.4 医疗事故分类……343
17.4.5 医疗事故处理……344
17.5 医疗安全防范与处理……347
17.5.1 加强医疗安全组织领导……347
17.5.2 加强业务技术管理……347
17.5.3 医疗风险预警机制……348
17.5.4 加强病案管理……350
本章参考文献……350
第 18 章 医院药事管理……351
18.1 医院药事管理概述……351
18.1.1 医院药学和医院药学服务……351

18.1.2 医院药事和医院药事管理 ····· 352
18.1.3 医院药事管理委员会 ····· 353
18.2 医院药学部 ····· 356
18.2.1 医院药学部概述 ····· 356
18.2.2 医院药学部组织机构设置 ····· 356
18.2.3 医院药学部的主要任务 ····· 357
18.3 医院药品管理 ····· 358
18.3.1 医院药品管理概述 ····· 358
18.3.2 采购管理 ····· 358
18.3.3 库存管理 ····· 359
18.3.4 供应管理 ····· 360
18.3.5 使用管理 ····· 360
18.4 药品调剂业务管理 ····· 362
18.4.1 概述 ····· 362
18.4.2 药品调剂的程序 ····· 362
18.5 制剂业务管理 ····· 363
18.5.1 医院制剂的含义 ····· 363
18.5.2 医院制剂的审批 ····· 364
18.5.3 医院制剂的配制管理 ····· 364
18.5.4 医院制剂的质量检验 ····· 367
18.6 临床药学业务管理 ····· 369
18.6.1 概述及发展 ····· 369
18.6.2 临床合理用药 ····· 369
18.6.3 临床用药不良反应的监测和处理 ····· 370
本章参考文献 ····· 373
第 19 章 医院设备管理 ····· 375
19.1 医疗设备概述 ····· 375
19.1.1 现代医疗设备概念和特点 ····· 375
19.1.2 医疗设备的分类 ····· 377
19.1.3 医疗设备的发展趋势 ····· 377
19.2 医院设备管理 ····· 378
19.2.1 设备管理的意义 ····· 378
19.2.2 医院设备管理的原则 ····· 379
19.2.3 医院设备管理的组织 ····· 379
19.2.4 医院设备管理的主要内容 ····· 381

19.2.5 医院大型设备管理中的问题……381
19.3 医院设备装备管理……382
19.3.1 装备管理……382
19.3.2 医疗设备选择的一般原则……383
19.3.3 医疗设备的评价……384
19.3.4 医疗设备的购置……386
19.4 医院设备的使用管理……387
19.4.1 医院设备的常规管理……387
19.4.2 医疗设备的折旧管理和更新改造……390
19.5 医院设备管理的效益评价……392
19.5.1 医疗设备技术状况的评价……392
19.5.2 医疗设备的成本效益分析……393
19.5.3 提高医院设备经济效益的方法探索……394
本章参考文献……395
第 20 章 医院后勤管理……397
20.1 医院后勤管理概述……397
20.1.1 医院后勤管理的范围、观念和原则……397
20.1.2 医院后勤管理的特点……399
20.1.3 医院后勤管理的目标和任务……400
20.1.4 医院后勤管理的体制与组织机构……401
20.1.5 医院后勤管理的人员编制……403
20.2 医院后勤管理的主要内容……405
20.2.1 医院水电供热……405
20.2.2 医院制冷、空调、净化管理……407
20.2.3 医院被服管理……408
20.2.4 医院车辆管理……409
20.2.5 医院太平间管理……410
20.2.6 医院环境管理……411
20.3 医院后勤管理体制改革和发展趋势……417
20.3.1 医院后勤管理体制改革……417
20.3.2 医院后勤管理发展趋势……419
本章参考文献……420
后记……421

上　　篇

医院管理理论

第 1 章　绪　　论

1.1　医院概述

1.1.1　医院的产生与发展简述

医院的产生和发展，经历了一个漫长的历史过程。它的发展变化不仅与医学的发展密切相关，也受社会经济、政治和科学文化水平的制约。从医院的发展变化来看，自古至今医院的发展大体上经历了古代萌芽时期医院、近代医院和现代医院三个时期。医院形成与发展的过程大致可划分为以下四个阶段，如图 1-1 所示。

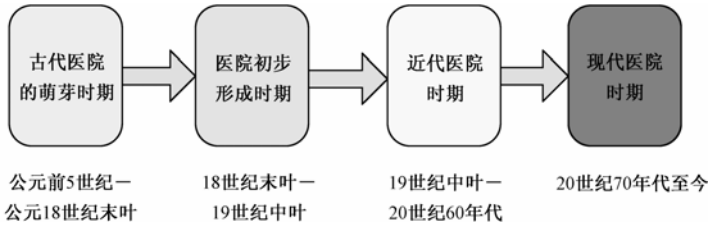


图1-1　医院的形成与发展过程

1. 古代医院的萌芽时期（公元前 5 世纪—公元 18 世纪末）

这个时期从公元前 7 世纪奴隶社会晚期到 18 世纪末。医院首先起源于社会抚恤组织的建立，在我国周代已开始起步。公元前 7 世纪时，管仲辅助齐桓公执政建立了残废院，收容残疾人，供给食宿，给予治疗。这是我国古代医院的雏形。秦代已开始有收容麻风患者的医院：隋唐时代的收容麻风患者的“疠人坊”；唐宋时期有为病残而设的“病坊”、“养病坊”、“安济坊”等；元代军医院“安乐堂”等。除了在民间或军队中设立一些医院外，历代封建王朝都为自身设立医事组织。

在国外，公元前 480 年，希波克拉底首先开始用听诊器诊治病人，施行外科手术。病人的野史记录也十分丰富，很多庙宇既是医疗的场所也是病人接受观察和治疗的场所。印度于公元前 600 年就有医院的雏形，在 Asoka 国王统治时期（公元前 273 年—公元前 232 年），印度的医院开始表现得像现代医院：他们遵循公共卫生原则，剖宫产有严密的观察制度，以

保母婴健康。每十个村指派一名医生，负责人群的卫生服务需要。

而在欧洲，542 年在法国里昂，641 年在巴黎建立医院。医院当初兼做旅店，是患病的教徒、旅客和香客的医务所或避难所。在中世纪早期，医院的组织与工作都具有宗教性质，它的护理重于医疗，主要目的在于洗净病人的灵魂。此时的医院因其目的不同，名称各异，例如，照料病人者称医院，接收病人者称为收容院，收容穷人者称为济贫院，收容妇女及女孩者称为妇婴院。在整个中世纪，除在 9 世纪出现产科医院外，医院几乎不分专科。12 世纪后，收容病人的机构进一步独立，正式医院开始兴起。欧洲的第一个正式医院是 1204 年建于罗马的圣灵医院（Hospital of the Holy Ghost）。14 世纪后，欧洲麻风病人减少，许多麻风院逐渐改做普通医院，医生也逐渐由非神职人员担任，医院规模由中世纪初期一般只容十几名病人的小医院，发展到一些城市有最多达 220 张病床的医院。

欧洲文艺复兴促使了近代科学的形成与发展。相应地，医学科学由经验医学转变为实验医学，医学从宗教与神学中分离出来，出现了医学大发展时期：中欧和德国的医学繁荣，人体解剖作为一种科学问世，随后生理学、病理学、细菌学等相继建立，英国皇家内科医师学院、皇家科学院也相继诞生。医学的发展促进了医院的发展和医院管理的进步。由此步入了由古代医院向近代医院的转型时期，新的医院大量建立。1732 年，英国医院的建立进入了高潮，总计建有 115 所医院，最著名的有 Bristal 医院；同时，医院将病人按疾病分类住院治疗，并提供质量较高的医疗服务。

这个时期，医院表现出以下特征：

① 在当时医院还不是主要的医疗形式，只能说处于医院的萌芽时期，个体独立行医是主要的医疗形式。医院只是简单的集中收容患者的场所，医药条件差，规模小，还不是科学意义上的医院。

② 医院一般有隔离和慈善的性质，如传染病、麻风病人的隔离需要，军队受伤者的收治，以及社会残疾人员、贫困人员的慈善救治等。

③ 在欧洲的中世纪，医院具有明显的宗教色彩。在一千多年里，医院表现出逐渐发展的状况，但比较缓慢，尚不是科学意义上的医院。

④ 医院是应宫廷医疗或军事医疗的需要而产生的。

2. 医院初步形成时期（18 世纪末—19 世纪中叶）

18 世纪末至 19 世纪中叶，医院的发展是资本主义工业革命的一个写照。1789 年，法国资产阶级革命的胜利，使社会生产力从封建制度的束缚中获得了解放。随着世界贸易的迅速发展，又带来了产业革命，即由手工业过渡到工厂机器的生产，极大地促进了社会经济和科学技术的发展。加之城市人口的急剧增长和传染病的不断涌现，为近代医院的形成和发展提供了客观条件。在当时，法国的医生 Cabanis 发表了对巴黎医院的若干意见，提出了改善医院的必要措施。1803 年，拿破仑颁布了医学教育和医院卫生事业管理的法律，医院事业由此得到了改善，这标志着医院进入了初期形成时期。

这个时期的医院，主要有以下几个特征：

① 城乡医院发展的不平衡性；

② 医疗技术手段的多样化和不完善性；

③ 医院业务系统的逐步条理化和组织的不完善性。

3. 近代医院时期（19 世纪中叶—20 世纪 60 年代）

近代医院时期，是从 19 世纪中叶至 20 世纪中叶，大约经历了一百年时间。它的产生和发展是社会经济发展的必然结果，也是医学科学技术迅速发展的产物。社会经济的极大发展，不仅促使社会医疗需求增长而对医院建设与发展提出进一步要求，而且为近代医院的建设提供了必要的物质条件。医学科学在实验医学发展的基础上步入近代医学发展阶段：形成了基础医学体系；医学技术有了很大的进步，为临床的诊断提供先进的技术，如 1889 年临床实验室在医院首先设立，1896 年第一次在医院使用 X 光片诊断疾病，1901 年血型的发现为病人输血提供了安全保障，1903 年，心电图第一次在医院用于诊断心血管疾病，1929 年脑电图用于脑学神经疾病的诊断，以及对外科麻醉剂的不断改进等；在基本完善了消毒法之后，青霉素的发现与其临床应用，磺胺药的发现与应用，以及随后发展的抗生素药物等，为临床治疗提供了有效的手段。19 世纪中叶，英国的南丁格尔创建了护理学，使医院的医疗服务与生活服务结合起来而发展成为一个护理体系。

我国建立近代医院形式的分科医院大约在 1850 年以后，如清朝同治二年（1863 年），李鸿章曾经聘用外国医生在松江、昆山开设军队医院；由中国自办而较有规模的西医医院为在南京设立的中央医院，抗战时内迁重庆，并在贵阳设分院，以及兰州与其他地区的大医院。新中国成立后，医院建设有了巨大的发展：1957 年，全国县以上医院为 4179 所，拥有病床 294 733 张，医务人员 1 039 208 人。全国医院面貌的改观不仅表现在上述医院和病床数量的迅速增长，还表现在医院的组织管理、医疗技术、医疗作风等方面显著的进步和发展。

近代时期，医院主要表现有以下特征：

① 医院已成为社会医疗的主要形式，尽管还有大量的个体医疗存在，但后者已退居于辅助的地位；

② 医院形成了专业分工（但分科尚不细）、医护分工、医技分工和集体协作的格局，相应建立了管理制度和技术性规章制度；

③ 以机体、器官、细胞为主的生物医学水平作为诊疗的理论基础，以物理诊断、实验诊断、化学治疗及一般手术治疗作为基本的诊断手段，围绕以疾病为中心展开治病防病工作；

④ 在医院管理上主要是标准化、制度化、规范化、现代化。

4. 现代医院时期（20 世纪 70 年代至今）

两次世界大战以后，尤其是 20 世纪 70 年代以来，社会生产力得到空前的发展，科学技术日益发挥着第一生产力的巨大作用，带来医学科学和医疗诊断技术的日新月异，同时社会对医疗及预防的要求更高了，从而使近代医院向现代医院转变。主要表现为：医院功能多样

化，大型医院正在成为集医疗、教学、科研为一体的医学中心和培训基地；大型医院内高度专业分工与多科协作化，新兴学科及边缘学科纷纷成立；医院设备走向自动化、小型化，电子程度日益增强，医院建筑不断改进；现代管理理论向医院管理的广泛渗透，使医院管理学应运而生并得到迅速发展。然而，由于社会卫生服务的供求关系日益尖锐，人们不得不重新审视医学的目的，这使医院管理及其发展受到严重的挑战。现代医院首先是在经济发达国家出现并开始发展的，在广大发展中国家，绝大多数仍处于近代医院或近代医院和现代医院部分特征并存的时期。

随着社会经济和现代医学科学的发展，人民社会生产发展和生活方式的变革，促进了医学模式的改变，对医疗，预防、保健等提出了更高的要求，现代医院正逐步成为医疗、教学、科研、预防、康复和指导基层卫生保健的中心。2007 年末，全国卫生机构总数 298 997 个，全国医疗机构床位 3 367 502 张，每千人口医院和卫生院床位 2.45 张；卫生人员数总计是 5 426 851 人，卫生技术人员 4 460 187 人，管理人员 312 826 人，工勤人员 428 141 人；大型医疗仪器设备更新换代加快，医疗设备明显改善；很多医院配置了 CT、ECT、彩超、肾透析仪、心电图机、磁共振仪、激光治疗仪、手术显微镜等大型医疗设备。然而，在医院发展的同时，也存在医院资源利用效率逐年下降、城乡医院资源配置不平衡、病人医疗费用上涨过快和医德医风下滑等问题。

现代医院是现代化经济科学技术文化发展的必然结果，特别是现代医学科学发展的必然结果。尽管现代医院的发展还不够全面和充分，但也显示了医院发展的趋势。

现代医院发展趋势主要有：分工精细与多种综合的新型医疗技术结构日益形成；医疗设备先进、医院建筑现代化；医院从医疗型逐步向医疗、预防、保健型转化；广泛应用现代科学技术的成就，是现代医院发展的一个显著特点；医院管理科学化、系统化、信息化；培养一支掌握现代科学技术的专业队伍；急救医学向专业化发展；医院管理结构要适应医学模式的转变；医院的社会化程度越来越高。

1.1.2 医院的定义、类型

1. 医院的定义

医院是以诊治疾病、护理患者为主要目的的医疗机构。具体来说，医院是对公众或特定的人群进行治病、防病的场所，备有一定数量的病床设施、相应的医务人员和必要的设备，通过依法获得有执业资格的医务人员的集体协作，达到对住院或门诊患者实施科学的和正确的诊疗、护理的目的。

根据此定义，构成一所医院应具备的基本条件如下：

① 应有正式的病房和一定数量的病床设施，有能力对住院病人提供连续、合理、有效、科学的诊疗、护理和基本的生活服务。

② 应有住院、门诊等多种服务方式。

③ 应有基本的医疗设备和设施，符合卫生学要求和满足病人的医疗保健需要。

④ 应有一定的诊疗组织形式，包括临床科室、医技科室、辅助科室等。

⑤ 应有相应的、系统的人员配备，包括卫生技术人员、行政和后勤人员，各类人员分工协作，共同完成整体组织功能。

⑥ 应有相应的工作制度与规章制度，包括组织制度、人事制度、医疗质量管理制度等。

2. 医院的类型

从不同的角度来看，医院可以划分为不同的类型，但各种类型的医院之间没有绝对的界限，有的医院同时兼有几种类型，具体划分见表 1-1。

表 1-1　医院的类型

划分角度	类　　型
技术水平和服务层次	一级医院、二级医院、三级医院
收治范围	综合医院、专科医院、康复医院、儿童医院、中医医院、职业病医院
产权属性	全民所有制医院、集体所有制医院、股份制医院、私立医院
地区	城市医院（市、区、街道医院）、农村医院（县、乡、镇医院）
特定任务	军队医院、企业医院、医学院附属医院
运行目标	营利性医院、非营利性医院

按医疗技术水平及服务层次划分，医院可分为一级、二级和三级医院。一级医院主要是农村乡、镇卫生院、城市街道卫生院，地市级的区级医院和相当规模的工矿、企事业单位的职工医院，它们是直接为社区提供医疗、预防、保健、康复综合服务的基层医院，位于三级医疗网的底部。二级医院主要是指各地一般市及县医院，以及省、自治区、直辖市的区级医院，是跨几个社区提供医疗卫生服务的地区性医院和地区性医疗预防技术的中心，是三级网的主要层次。三级医院主要指中央、省、自治区、直辖市直属的城市大医院及医学院校的附属医院，它们是医疗、科研、教学的技术中心，位于三级网的顶部。

按收治范围，医院可分为综合医院和专科医院。综合医院一般指设有一定数量的病床，分设内科、外科、妇产科、眼耳鼻喉科等各种专科及药剂、检验、放射等医技部门并配以相应人员、设备的医院，儿童医院和中医医院实际是综合医院的一种特例。专科医院是指为了防治某些特定疾病而设立的医院，如传染病院、精神病院、结核病院、妇产科医院、口腔医院、眼科医院、胸科医院、肿瘤医院等，综合医院和专科医院存在互补趋势。一方面，综合医院开展重点学科建设，以重点学科带动一般学科；另一方面，随着某些疾病（如传染病）的控制和综合医院服务规模和服务范围的不断扩大，专科医院（尤其是城市的传染病院）的门诊有下降趋势。因此有些专科医院在完成既定任务的前提下，为适应社会需求的变化，逐渐开始扩大其服务内容，部分医院有向综合性医院发展的倾向。

按医院产权属性分类，医院可分为全民所有制医院、集体所有制医院、股份制医院和私

立医院。全民所有制医院是由全体社会成员共同占有生产资料的一种公有制形式。在社会主义初级阶段，全民所有制医院采取的是国家所有制形式。全民所有制医院在我国医疗卫生事业中担负着我国主要的医疗保健任务，同时是我国培养专业卫生人员的教学和医学科研基地，是实现社会主义医疗卫生事业现代化的根本保障。集体所有制医院是由部分劳动群众共同占有生产资料的一种公有制形式。现阶段，我国集体所有制医院从地区上划分大致有两类：一是城填街道或集体所有制工商企业的卫生院、卫生所、医务室；二是部分乡村卫生院、卫生所等。集体所有制医院同全民所有制医院一样，都是社会主义卫生事业中的公有制经济体。股份制医院是在改革中涌现出来的一种新型的医疗机构。医院实行股份制，职工通过个人投资入股成为企业生产资料的直接所有者。职工既是医院的劳动者，又是医院的所有者，职工的利益与医院的生死存亡紧密联系在一起，这大大增强了医院职工的主人翁意识，不仅有效地调动了职工的积极性、主动性和创造性，而且为医院实现民主管理提供了较好的形式。私立医院是由个人出资兴办的医院，医院的所有权归出资者所有，目前我国私立医院规模一般较小，多以专科医院出现，是其他医院医疗服务的补充，属营利性质的医院。

按运行目标，医院可分为营利性医院与非营利性医院。营利性医院的运行目标是以追求利润最大化为目的，其税后利润可以给予投资者一定的回报；而非营利性医院则不以获取利润为其目的，而是追求特定的社会目标。两者最主要区别在于所获利润的分配和使用：非营利性医院的盈利只能用于自身的扩大再生产，不能以分红的形式给出资者以回报，另外，非营利性医院在终止业务活动后，其剩余资产由社会管理部门处置，出资者无权自行处置。根据国际经验和我国有关法规，一般认为政府医院、企业医院、社区医院及民办医院为非营利性医院，而私立医院、股份制医院、中外合资医院则归属于营利性医院。

1.1.3 医院的性质和功能

1. 医院的性质

世界卫生组织（WHO）指出：医院是为人们提供完善的健康服务，包括医疗和预防两个方面的服务型组织。中华人民共和国卫生部颁发的《全国医院工作条例》第一条指出：“医院是治病防治、保障人民健康的社会主义卫生事业单位，必须贯彻党和国家的卫生工作方针政策，遵守政府法令，为社会主义现代化建设服务。”在《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中明确规定了我国医院的性质是“政府实行一定福利政策的公益性事业单位”。

从历史看，医院是在人道主义和宗教思想的土壤上产生的，是以慈善事业的面目出现的，是以奉献精神为象征的，被人们看做是惠民济世的神圣殿堂。随着经济和科学技术的发展和生产社会化程度的提高，医院成为社会生产保障的子系统，起到保护和修复劳动力的作用，许多国家把保护国民健康作为政府职责，把医疗工作纳入社会福利问题加以考虑和安排，推动了医疗事业的统一管理和医院业务的系统改善。有的国家已制定了区域卫生规划

（Regionalization）和医疗机构功能分担计划（Functionalization），合理配置卫生资源，明确各级各类医疗机构的功能和职责，分工合作，密切配合，形成合力，发挥整体效能。

2. 医院的功能

随着医学科学的发展、医学模式的转变，以及人民对医疗保健需求的深化，医院的功能已经逐渐从单纯的诊疗护理病人向疾病的预防和康复发展，从单纯的生物医学模式向社会—心理—生物医学模式转变。医院的主要功能包括医疗、预防、保健、康复服务，并承担相应的临床教学和科研等任务。

（1）医疗服务

这是医院的主要功能。医院医疗工作以诊疗与护理两大业务为主体，医疗与辅助业务密切配合，形成一个医疗整体，为患者服务。医院医疗一般分为门诊医疗、住院医疗、康复医疗和急救医疗。门诊、急诊诊疗是第一线，住院患者诊疗是重点。

（2）开展预防和社会医疗服务

医院不仅仅是为了治疗患者而设，而且还肩负着预防保健工作，应当开展社会医疗服务，从而成为人民群众健康服务活动的中心。要扩大预防，指导基层，开展计划生育的技术工作。同时还要开展健康咨询、门诊和住院体格检查、疾病普查、妇幼保健指导、卫生宣教等业务。

（3）开展科学研究

医院是集中进行医疗实践的场所，医院开展科学研究是提高业务水平的需要。而且对临床研究，往往能提高医疗质量，直接推动医学发展。从实践来看，在医院的医疗工作中蕴藏着无数的研究课题，需要医务人员积极研究，不断开拓。

（4）教育培训医务人员及其他人员

医学教育是终身教育，而且学校只是医学教育的一部分，必须经过毕业后医学的继续教育才能培养成为一个合格的医生。临床医学是实践医学，对青年医务人员要严格训练，使其练好基本功。对中年医务人员应加强实践和专业培训，使其能尽快挑起重担。高级医务人员要充分发挥其培养、指导下级医务人员的作用。对护理人员也必须进行医院临床教育，对其他医疗技术人员也不能例外。医院必须具有对一切医院工作人员进行培养教育的功能，而且也只有这样，才能不断提高业务技术水平，提高医疗质量。教学医院还要承担临床教学的任务。

（5）开展康复医疗

过去往往忽视医院在康复医疗方面的功能。事实上，康复医疗涵盖范围相当广泛，其主要目的分别是：让每一位患者能在生理上完全康复；使每位患者在心理上完全摆脱创伤；使患者能早日回归社会；使患者不留下任何疾病阴影，进而发挥其原来的角色功能。

以上所述的五项功能不是各自孤立的，而是相互联系、相辅相成的。其中以医疗为中心，其他四项功能围绕医疗工作统筹安排，并与医疗相结合。

1.1.4 医院工作的特点

医院工作的特点是医院工作规律性的反映，医院系统区别于其他系统的本质特点是以患者为主要工作对象，组织医务人员以医学技术为患者诊治与预防疾病，使其康复。把握住医院工作的特点，是办好医院的前提。在实际的管理工作中必须注意以下几点。

医院必须以患者为中心。一切为了患者，增强服务意识，构建和谐医患关系，严格保证医疗质量和医疗安全。针对目前“看病贵、看病难”问题，医院应该从源头把关，严格控制医疗价格，杜绝商业贿赂，注重服务质量。

医院工作的社会性与群众性。医疗服务面广、四面八方、各行各业、男女老少，医院应尽量满足社会医疗要求；同时医院工作受到社会各种条件与环境的制约，也离不开社会各方面的支持，必须做好公关工作，相互沟通。

医院工作的整体性和协作性。医院必须遵循生物—心理—社会医学模式去开展工作，既科学分工又强调科学的协作，成为有机的整体。

医院工作的科学性和技术性。医学科学技术是医院诊治病人的手段，而人体又是极其复杂的机体，这就决定了医务人员必须具有全面的理论知识、熟练的技术操作能力和丰富的临床经验。医院工作兼有知识密集型和劳动密集型的双重特点。

医院工作的时间性和连续性。时间就是生命，医院在诊断、治疗与抢救病人过程中要分秒必争；同时接受病人就诊、病情观察与治疗要求连续不间断，各种工作安排都应适应医疗工作连续性要求。

医院工作的风险性与规范性。医院工作关系到人的生命安全与健康，由于疾病种类繁多，病情千变万化，个体差异很大，疾病过程不尽相同，医学对许多疾病的认识还是有限的，所以，医疗活动中有诸多不确定因素，这就要求要严肃认真执行技术操作规程与要求，务必严格执行各项规范。将随机性与规范性有机统一起来。

1.2 医院管理概述

医院管理是随着医院的出现而产生的，医院所处的政治、经济和技术环境的演变影响着医院的目标，也决定着医院的管理。医院的服务对象是患者，患者对医院的满意度不仅影响着政府形象，也对社会稳定产生一定影响。另外，医院所涉及的是高技术、高风险医疗活动，管理的技术含量较高，因此医院管理既是一种社会现象，又是一种技术现象。

1.2.1 医院管理的概念和主要模式

1. 医院管理的定义

医院管理是按照医院工作的客观规律，运用管理理论和方法，对医院的人、财、物、信

息、时间等资源及其活动，进行计划、组织、协调、控制，充分发挥整体功能的管理活动过程。即按照医院自身发展规律和特点，以医院管理学的理论为基础，组织运筹管理原理、管理职能、管理要素、管理方法和各项科学管理技术等，自觉地指导医院工作的全部活动，在时间与空间上最科学、最合理、最经济、最有效地完成预定的管理目标。

2. 医院管理的主要模式

简而言之，院管理模式就是医院管理的运作方式。各国的医院管理模式不尽相同，这与国家的社会制度、经济条件、文化背景、医疗保健制度、市场经济模式等因素密切相关。总体而言，医院管理模式主要有以下几种。

（1）美国医院管理模式

美国实行的是自由市场经济模式，以私有制为基础；在医院管理上也完全实行自由经济、自由经营、自由竞争，政府干预比较有限。

（2）英国医院管理模式

英国既是一个传统的市场经济国家，市场机制完善，市场体系完备，它又是一个社会保障齐全的福利国家。英国实行国家卫生服务制度（National Health System，NHS），为全体国民提供广泛的医疗服务，支付大部分或全部医疗费用，实行初级服务（全科开业医生提供）、区域服务（当地政府提供）和医院服务（专科医疗服务）三级服务体制。

（3）日本医院管理模式

日本在经济体制上实行的是以市场为基础的“政府导向型市场经济”，推行财产私有、契约化和风险自担的原则，政府进行有效的宏观调控，大力发挥民间团体的领导作用，并实行终身雇佣、终身教育、职工参与和提倡企业精神等激励机制，这些原则和机制都应用到医院管理之中。

（4）法国医院管理模式

法国在经济体制上实行的是政府指导的“混合市场经济模式”，政府允许自由定价，但对一些行业包括国有医院的医疗服务等的价格和收费标准进行直接干预。1945 年起就实行以《普及社会保障制度》为主体的社会保障体系，共有三个层次（即全面专门保障体制、义务性社会互助体制、社会援助和救济体制）和八大类（医疗、养老、工伤职业病、生育、残疾、死亡、孤寡、家庭负担）。法国的医院管理体制与这种由国家中央社会保障局所属的全国医疗保险体制相适应，决定医院属于福利事业单位，在服务方式和各种制度上充分体现服务病人和方便病人的宗旨。

（5）德国医院管理模式

德国在经济体制上实行的是“社会市场经济模式”。这种经济模式既包括市场经济，又包括社会福利和国家政策干预，即通俗公式表示的“市场经济＋总体调节＋社会保障”。德国的医院管理是以市场需求为导向，以社会医疗保险制度为基础，政府对医院实行宏观管理，高度重视区域卫生规划，根据医学专科特点、社会服务需求和经济结构的原则将医院划分为

社区服务医院、跨社区服务医院、中心医院和特级医院四个层次。

（6）新加坡医院管理模式

新加坡推行的是政府宏观调控的市场经济模式，在文化价值观上一方面接受市场经济价值观的冲击，另一方面又竭力保持东方文化的价值观。新加坡医院分为国家津贴医院和私立医院，政府对国家津贴医院补助约占医院总支出的 58%，公立医院收费标准由政府定价。从 1985 年起，新加坡政府为了改善公立医院管理不如私立医院的现状，实行“重组计划”（Restructure Program），将卫生部直属公立医院转变为私人有限公司管理体制，卫生部派人员参加公司董事会，原股权由国家卫生保健局管理，但医院则全部按私人企业管理方式管理。医院管理体制由董事会委派行政总监全权负责，行政总监一般由非医务人员的企业管理专家担任。

（7）中国医院管理模式

党的十一届三中全会以来，在改革开放政策的指引下，医院在筹资来源、领导管理体制、财务管理、职工奖金等方面不断发生变化，即逐步从计划经济向商品经济又向市场经济体制过渡，使医院从纯福利型转变为体现政府福利政策的公益性事业单位；从政府唯一拨款转变为多渠道多形式办医；从全部为公立或集体医院转变为多种所有制形式医院；从不重视职工的责、权、利转变为各种形式的责任制和激励措施；从不重视经营管理转变为重视医院的生产性、经营性和效益性；从单纯医疗服务机构转变为重视扩大预防和区域卫生规划；从单纯的基本医疗服务转变为在保证基本医疗的前提下出现多种形式的特需服务；从医院单纯完成医疗服务转变为同时兴办第三产业以提高医院的自我补偿能力；从单一办院体制和安于“铁饭碗”、“大锅饭”转变从多种办院体制并存竞争增效。总之，通过改革使医院得到显著成效和较大发展。

1.2.2 医院管理的职能

同管理学基本理论中管理的几大职能相似，医院管理的具体职能和内容主要有如下几个方面。

1. 计划

计划是管理的首要职能。医院的计划工作是指医院管理目标的确定及实现目标的途径和方法，是医院管理的首要职能。这里的目标既有整个医院的目标，也有个别部门的目标。计划内容则既有对整个医院都具指导意义的计划，亦有各个科室或职能部门的工作计划，具体包括医院总体发展规划、医疗计划、药品计划、财务计划、人员调配计划、物资供应计划、设备购置计划、基建维修计划等。在制订计划和目标时，要进行详尽的调查研究和预测，并在分析比较的基础上，做出最优选择。

2. 组织

要想实现计划目标，首先要建立有效的、连续性的工作系统。这个系统包括体制、机构的建立和设置，工作人员的选择和配备，规定职务、权限和责任，建立工作制度和规范。同时建立有效的指挥系统，使单位的工作有机地组织起来，协调地发展。医院组织工作的一般程序为确定医院目标、设置组织结构、合理配置资源、授予相应责权利、协调沟通各方关系。

3. 决策

在医院经营管理活动的始终及各个方面都贯穿着一系列的决策活动。例如，办院方针、工作规划、质量控制、人事安排、干部培训、财务预算、设备更新等都要做出合理的决定，即决策。从我国医院管理的现状来看，与小生产方式相适应的经验决策尚占主导地位。随着社会和医学科学的发展，决策在现代医院管理中的作用越来越大，地位也越来越重要。这就要求医院管理者在进行决策时，必须从战略到战术，从微观到宏观，从医疗保健的经济价值到社会效果，经过周密的方案论证和各种技术经济的分析比较，做出科学合理的决策，以摈弃单纯靠个人“拍脑袋”或“想当然”而做出的错误判断。

4. 协调

协调就是调节各部门的工作，使之步调一致，密切配合。医院工作是多部门、多学科专业化协作的科技工作，这就必须加强协调管理，才能保证各部门步调一致，密切配合。同时，医院作为卫生系统内的一个组成部分，其目的从属于系统的总目的，功能与其他组成部分互补。因此，客观上还要求医院与卫生系统内其他组织相互协作，充分发挥卫生系统的整体功能。医院协调的内容有：一是对医院成员的协调，二是对组织活动过程的协调。

5. 控制

医院不论是惯性运作还是各项工作计划的执行，都必须在有控制的条件下进行。控制是一种有目的的主动行为。医院的各级管理人员都有控制的职责，不仅对自己的工作负责，而且必须对医院整体计划和目标的实现负责。控制工作离不了信息的反馈，在现代化医院中建立医院信息系统将会成为管理者进行控制工作，保证管理工作沿着医院的目标前进的一种重要手段。

6. 指导与教育

医院领导者必须使其下属明确干什么，怎么干，充分发挥员工的作用，并激励职工的积极性、创造性。进行培训教育，就是为了不断提高医院工作人员和管理人员的业务水平，以更好地提供医疗服务质量，提高医疗服务水平。特别是在科学技术飞速发展的今天，有计划地进行培训教育，使职工不断学习提高，实际已经成为生活工作中的一件大事。

7. 发展与提高

管理工作是一种创造性劳动，医院管理就是如何提高所从事管理的系统的放大倍率，就

是如何促进医院业务的发展与提高，如何不断提高医疗质量。

1.2.3 我国医院管理的历史回顾和现状

我国医院科学管理的起始可以追溯到 20 世纪初期。从清末到新中国成立前，欧美等国在我国沿海地区、大中城市创办了数百所教会医院。具有代表性的是北京协和医院，不仅引进了当时欧美先进医学技术，面且也完全按美国医院管理模式管理医院，它的科学管理思想和方法、技术，对推进我国医院科学管理产生了较为积极的影响。

全面开始建立具有中国特色的医院管理学科体系则起步于新中国，形成于 20 世纪 60 年代，发展于 80 年代。

1. 起步阶段

真正的全面起步则是在新中国成立后。1950 年，卫生部颁发了《关于整顿全国医院的指示》。

2. 形成阶段

1957 年，卫生部召开了第一次全国医院工作会议，总结了新中国成立以来医院管理的经验，颁布了《综合医院工作制度》和《医院工作人员职责》。1964 年，卫生部召开了第二次全国医院工作会议，制定了《城市综合医院工作条例试行草案》，举办全国医院院长进修班，我国医院管理出现了科学治理、学术繁荣的可喜局面。但 1966 年以后的十年，“文化大革命”的动乱使医院的科学管理及医院的建设遭受严重破坏。

3. 发展阶段

党的十一届三中全会以后，党的工作重点转移到以经济建设为中心的社会主义现代化建设上，管理科学受到应有的重视。1981 年，卫生部召开了全国医院工作座谈会；1982 年，卫生部在全面总结新中国成立以来医院管理工作经验的基础上，制定了《全国医院工作条例》，修订颁发了《医院工作制度及各级人员职责》等文件，对医院的治理整顿工作发挥了指导作用，促进了医院的科学管理。1989 年，卫生部颁布了《综合医院分级管理标准》（试行草案）和《医院分级管理》（试行草案），我国医院分级管理与医院评审工作正式启动。1994 年，国务院发布并实施了《医疗机构管理条例》，医院分级管理、医院评审制度的实行和《医疗机构管理条例》的出台使我国医院管理走上了标准化和法制化的轨道，对加强我国医院建设和强化医院管理起到巨大的促进作用。1996 年，中共中央、国务院制定《关于卫生改革与发展的决定》，为医院改革和发展指明了方向。2000 年，国务院经济体制改革办公室等八部门共同制定的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》对我国城镇医院的改革和管理产生了巨大的推动作用。医院管理水平随着改革的深入逐步提高。创建文明医院和分级管理，加强经济管理和医疗价格改革，改革管理体制和转换经营机制，多形式、多层次、多渠道筹资办医，实行医疗机构分类管理，引入竞争机制，建立医疗协作联合体，组建医院集团，拓展

医院的社会功能，优化医疗资源，减员增效，实施后勤服务社会化，使医院取得优质、高效、低耗的经营成效。

1.2.4　医疗服务领域的改革与发展

无论是民营医院还是国有公立医院，目前都在致力于打造诊疗专业化、技术权威化、服务人性化、管理国际化水平的盈利医院。但是，随着医疗市场的日益完善，医院规模和数量的增加，医院的管理问题日益突出，越来越成了很多单位的首要问题，要想从根本上解决这一问题，首先要弄清楚我国医疗服务领域改革与发展的趋势。

现代医院应适应现代医学科学的发展和医学模式的转变，为病人提供高水平、高质量的医疗服务。我国医院的变革将会出现以下七大发展趋势。

1. 由追求利润最大化向追求医院可持续发展转变

可持续的发展理念要求医院在经营上通过不断地满足患者的需求，从而不断提高市场的竞争优势；在管理上注重以人为本，通过不断地满足员工的需求，而不断地提高员工的工作积极性。院长们常常会盯着医院的利润不放，因而常常会忽略了医院应该竭尽心智的服务。现代观点认为，在追求医院的可持续发展的今天，仍然强调“利润最大化”将会导致医院的过早夭折。

2. 由传统的设备和技术竞争转向满足患者期望水平的竞争

患者对不同等级的医院有着不同的心理期望值，医院应根据自身的状况，提供高于患者期望值的服务，从而提高竞争优势。比如，患者不可能要求所有的医院都达到协和医院等大医院的技术水平，同时也不可能要求协和医院等大医院提供小医院的简便。

3. 由方便医疗的分科体系向方便患者的分科体系的转变

可以预测，医院必将进入医疗营销的时代，未来的医院将实现以患者价值为中心，由医疗导向转变为患者导向。可以说，多数医院传统的为方便医疗而将医疗部门分为某内科、某外科的分科体系，必将被利于患者的以疾病为主的分科体系所取代。

4. 由单一的院内医疗向全程跟踪医疗的转变

现代医院也强调“客户关系管理”。医疗服务将由传统的单一的院内医疗延伸至出院后的全程跟踪医疗。医院为了患者的利益，也为了自身的生存，需要建立起稳定的顾客（患者）群体，这样才能具有稳定的收入。

5. 由注重计划向注重战略的转变

随着我国经济体制的改革，由注重计划向注重战略的转变成为医院管理职业化的必然。医院必将由传统的围绕计划进行经营转向围绕价值理念进行医院的经营活动。

历史的发展已使我们明确地知道，社会正在发生巨大的变革，我们正处在一个重要的转折期。一个打破旧格局，平等竞争的年代已经出现。面对着这样一个难得的机遇，且充满泥泞及荆棘的社会，传统堡垒终将被打破。传统医疗观念正被无情地瓦解，数字化信息医学医疗观念及医院的性质发生了巨大的变化。如果不能及时有效地适应新形势，尽快实现转轨，必将被新的一轮竞争淘汰。医学界也正处在一场转变观念、思维、学习、工作及成功方式的变革之中，面对这种关键的转折，等待及束手无策都不是明智之举。

6. 医院管理趋于职业化、专业化、法制化

现代观点认为，院长不一定是医学专家，但必须是医院经营管理专家。然而，我国目前医院院长90%是专家型院长，他们大多没有接受过系统的管理教育。随着医疗竞争机制的完善，凭经验管理医院的模式将逐渐被摒弃，医院管理逐步成为一门独立的专业，医院的管理人员将逐步走向职业化。中共中央、国务院在《关于卫生改革与发展的决定》中明确指出“高度重视卫生管理人才的培养，造就一批适应卫生事业发展的职业化管理队伍”。可以说，在改革开放之前，医院领导者基本上是行政领导型；改革开放后，医院领导者基本上是专家型；未来医院的领导者将是具有一定的医疗常识、经过专业管理教育培训的，具有更为综合的知识、更为优化的知识结构的职业性院长。

医院的专业化趋势使得医院必将把那些非医疗卫生技术服务的工作（如水电、基建维修、绿化清扫和食堂等）从医院管理中分离出去，实行外包，由社会来承办与管理。

法制化是社会发展的大趋势，医院法制化主要表现为领导者放弃没有标准的、个人说了算的“人治”，而实施制度管理，即管理讲制度、办事讲原则、工作讲程序。应该看到，过去依靠政策就能或者才能生存的医院，在失去政策后，仍实行“人治”，则必然不会长久。另一方面，医院的法制化还表现在更加强调医患之间的法律关系，医疗工作从道德规范上升到法律规范来加以管理，如更加强调规范行医，依照法律处理医疗纠纷等。

7. 基于计算机网络通信技术的现代医疗方式将发挥更大的作用

随着计算机网络通信技术的发展，以远程医疗、网络医疗营销为代表的新型医疗方式，将在未来医院的医疗活动中发挥出巨大的作用。

可以说，网络经济时代的到来，为不同等级医院的发展提供了新的契机，为所有医院提供了平等的竞争环境。在互联网上，医院之间因规模差异而产生的营销能力差距正在变得日益模糊。在管理上，通过医院内部网络可有效让员工享有对医院事务的知情权和发表意见的权力。领导者可以通过网络与员工进行方便的沟通。借助网络的远程医疗，对于上级大医院来讲，可以进一步扩大自己的影响，对于下级地方医院来讲，一方面可以通过满足患者的需求吸引更多的患者，另一方面有利于医务人员的业务水平的提高。

侯庆田等曾就远程医疗发表了这样的看法：“面对信息社会带来的无限机遇，用‘混沌’二字来形容国内医学界并不过分。面对从原子时代到比特时代的飞跃，面对新兴的信息产业所带来的巨大市场潜力，面对着这一历史性转折为所有不同等级医院所提供的无限的平等发

展机遇，国内医学界显得那样茫然。对竞争观念的认识多数只停留在原始的设备竞争上，对人才的竞争基本上尚未形成资源共享的理性概念。这种思想状态真是不可想象。怎样才能经历这场已经发生的历史性变革呢？起重要作用的省、市、县医疗机构各自为政，以自己为中心的医疗格局，唯我独尊的经营思路是那样的盛行，已成为妨碍这场变革的主要障碍。政策性的诸多失误，使得我国信息医疗的发展一开始就因为带有强烈的‘金钱欲’而显得那样怪异，发展是那样的痛苦。”

1.3　医院管理学概述

1.3.1　医院管理学的概念及特点

医院管理学是运用现代管理理论和方法，研究医院管理现象及其规律的科学，它既与医学科学相联系，又与其他自然科学和社会科学相联系，是管理科学的一个分支学科，既是一门应用学科，又是一门边缘学科。其目的是要提高医院工作效率和效果。作为一门应用科学，医院管理学为医院的管理实践提供了理论指导。

1.3.2　医院管理学的研究对象和学科体系

医院管理学的研究对象主要是医院系统及其各个层次的管理现象和规律，同时也要研究医院系统在社会大系统中的地位、作用和制约条件。医院管理学作为管理学的一个分支，有着自身学科的特点，所涵盖的内容也随着医院管理的理论研究和实践探索的进展与时俱进。

关于医院管理的学科体系，目前国内外还没有形成比较一致的意见，但多数主张医院管理可以分为综合理论和应用管理两大部分。综合理论部分主要研究医院管理原理和医院概论等基本理论问题。它的主要内容有医院管理的概论、研究对象、任务、学科发展历史、医院管理职能、医院管理方法论和基本原理等。应用管理部分则主要研究医院管理相互有联系又有区别的各要素（即专业管理）。这些要素包括人的管理，事（医疗、技术）的管理，信息的管理，物资设备的管理，财务管理等。而每项专业管理又分为若干子系统，使医院管理具有整体性、层次性、理论性及实用性。

综合理论部分主要研究医院管理的原理和医院概论等基本理论问题，也就是医院管理学总论。它的主要内容有医院管理学的概念、研究对象、学科体系、学科发展历史、医院管理职能、医院管理学方法论和基本原理。医院概论主要从社会角度来研究医院这个特定系统的一般规律。主要内容有医院的定义、类型、性质、地位、任务和功能、工作特点、工作方针、医院发展的历史及趋势等。此外，还要研究医院体系（医院群）的管理，包括社区医院布局及发展建设规划、医疗法规、医疗行政、医院资金、医疗保障制度和医疗费用问题、医院协作、医院人员配置、培训和医院工作监察、评审等。

应用管理部分则主要研究医院管理这个系统中相互有联系又有区别的各要素（即专业），也就是医院管理学的个论。这些要素包括人的管理（组织人员管理）、事的管理（医疗、技术、质量管理）、信息管理、物资设备的管理、财的管理（即经济管理，具体包括财务管理、经济核算、成本核算及实行各种经济管理制度等）。

需要指出的是，在每个历史时期，医院管理学都有其需要侧重研究的内容。如现阶段对医院管理与市场经济的关系、医院改革如何深化、转换医院经营机制和运行机制、医德医风面临的新问题及其对策、现行人事体制与分配制度改革研究等为当前研究的重要课题。然而，有关医院质量管理、医学进步与技术建设、职业道德建设、医院经营管理、医院卫生学管理、医院管理的发展趋势及医院管理理论研究等，则是医院管理学研究的长久课题。

1.3.3 医院管理学的研究内容

医院管理是运用社会科学和管理科学等知识和方法研究并阐明医院管理活动的本质和规律的科学。它既与医学科学相联系，又与其他自然科学和社会科学相联系。它是管理学的一个分支学科，是一门应用科学，又是一门边缘科学。

如前所述，医院管理学的学科体系，可分为综合理论和应用管理两大部分。综合理论部分主要研究医院管理的原理、职能、方法及医院概论等，即医院管理学的总论。应用管理部分主要研究医院系统中相互联系又有区别的各专业管理，应用管理部分即医院管理学个论。根据研究的角度不同，又可以分为基于现代管理理论的医院管理学和基于医院管理实务的医院管理学。基于现代管理理论的医院管理学部分主要包括人力资源管理、财务管理、营销管理、战略管理等与现代管理理论联系较紧密的部分，基于医院管理实务的医院管理学主要包括医院感染管理、医疗管理、药事管理等从医院管理实践中提炼出来的经验。本书主要内容结构如图 1-2 所示。

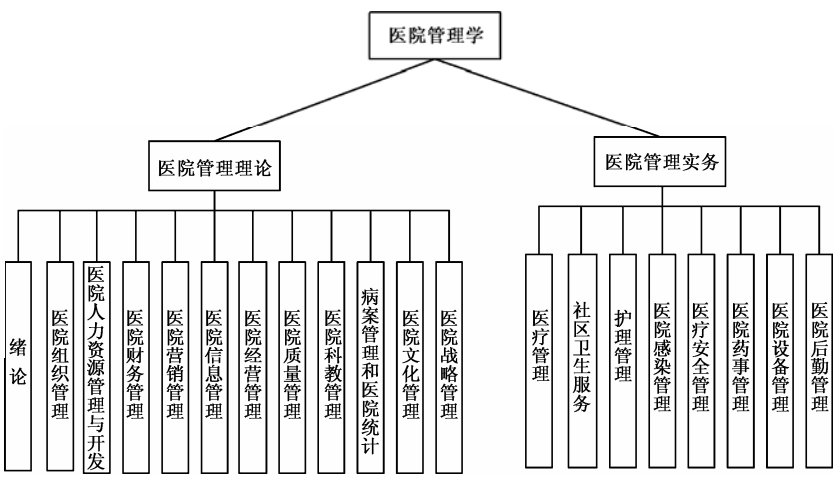


图1-2 本书章节结构

以下简要介绍本书各章主要内容。

第 1 章　绪论

医院管理是运用社会科学和管理科学等知识和方法研究医院管理活动的本质和规律。它的内容主要有医院的产生和发展、医院的定义、类型、性质、任务和功能、工作特点等。同时，还要研究医院管理的概念、主要模式、任务与职能、医院管理历史发展和医疗服务领域的改革等，最后本书还对医院管理学的学科发展、概述、研究内容等做了简要介绍，以给读者一个清晰简明的认识。

第 2 章　医院组织管理

本章主要通过分析医院组织结构管理的功能、特点和基本类型，介绍医院组织模式和组织结构设置的基本要素，阐述医院构成部门、医院职能科室作用和各职能科室职责、医院规模设置和人员编制及影响因素，以此来了解医院的运行模式。本书第一篇医院管理学概述主要包括绪论和组织管理两章。

第 3 章　医院人力资源管理与开发

本章阐述了医院人力资源管理基本概念、目标和功能，强调了人力资源战略与规划的重要性，重点介绍了医院人力资源管理的主要内容，包括员工的招募与甄选、薪酬管理、绩效考核及医院人才培养方法，初步建立起现代医院人力资源管理理念，掌握医院人力资源管理的一般方法，为医院人才创造一个和谐、健康的施展才华的工作平台。

第 4 章　医院财务管理

本章重点分析资金的筹集、流动资产的管理、固定资产的管理、对外投资的管理、流动负债的管理、成本核算、财务报告和财务分析等内容，阐明了财务管理工作对于促进生产经营、提高经济效益的重要作用。

第 5 章　医院营销管理

本章主要介绍了医院营销管理的概念和主要内容，并通过对医院营销管理现状、内部环境（包括人口环境、经济环境、科学技术环境和政治社会环境等）和外部环境（供应商、营销中介、顾客、竞争和公众等）的分析，介绍现代市场营销的核心市场分析、市场细分、目标市场，制定了适应现代医院发展的营销组合。

第 6 章　医院信息管理

本章主要介绍了医院信息和医院信息管理的一些基本概念、知识，重点介绍了医院信息系统的一些知识，包括医院信息系统对于现代医院管理的重要性，开发医院信息系统组织的构成、实施步骤、应用范围等相关问题。建设适合医院发展和有医院特色的信息管理系统，以满足医院的迫切需求，推动整个中国医药卫生信息产业的发展和完善。

第 7 章　医院经营管理

本章主要介绍医院经营管理的基本概念、医院成本核算的意义、对象和方法、影响医院经营管理的政策等内容，指导各种医院及其管理者改善经营，实现卫生体制改革目标。

第 8 章 医院质量管理

本章除了介绍质量管理和医院质量管理的基本概念及理论、医院质量管理的主要内容、医院质量管理体系的定义及构成外，还重点阐述了医疗质量管理的常用工具，包括流程图、因果分析图、分层图、控制图等。为了保证和不断提高医院各项工作质量和医疗质量，医院质量管理必须贯穿于所有影响质量的因素和工作环节之中。

第 9 章 医院科教管理

本章概括了医院科教管理研究的意义、类型、特点、原则及医院科教管理发展的趋势，并介绍了科研经常性管理的主要内容，包括计划管理、成果管理、经费管理、人才培养、科技档案、学术交流等。从医院发展的角度看，在医院运营的诸多重要资源中，医学人才是最为关键的战略性资源，而一个医生从医的一生，是终生接受医学教育的一生。由此可见，医学教育是一个连续的过程，这个连续的统一体可分为三个性质不同又互相连接的教育阶段，即高等医学院校教育、毕业后教育和继续医学教育。要做好医院科教管理，必须抓好着三方面工作。

第 10 章 病案管理和医院统计

病案是医院的信息宝库，也是医院统计最主要的信息资源。本章主要介绍了医院病案管理和医院统计的基本概念、特点和发展概况，重点分析了医院统计工作的程序、工作范围，以及常用医院统计指标等内容。帮助医院管理者进一步提高病案管理和统计的分析水平。

第 11 章 医院文化管理

在医院文化的内涵、内容和功能等阐述的基础上，本章重点介绍医院文化建设的原则、目标和基本建设步骤。另外，还阐述了现代医院文化管理的形象塑造、策划与实施的作用、原则和一般程序。

第 12 章 医院战略管理

在医院管理中引入战略管理理念，主要阐述医院战略的概念及层次，医院战略管理的含义和意义，介绍医院总体战略规划的制定、医院战略管理的过程，并对现今卫生政策与医院战略管理的关系进行探讨。

第 13 章 医疗管理

现代医院的医疗管理的内容较传统医疗管理内容更为广泛，是指对医院医疗系统全过程所进行的组织、计划、指挥、协调和控制，使之经常处于应有状态，并对变化了的客观环境有较强的适应性，达到最佳医疗效率和医疗效果的目的。本章主要介绍了现代医院门诊管理、急诊管理、住院管理、重点病人诊疗等方面的基本内容。

第 14 章 社区卫生服务

发展城市社区卫生服务最重要的是加强社区卫生服务的规范化管理和内涵建设。本章系统地介绍了社区卫生服务的内容、原则、对象，对国内外社区卫生发展模式进行比较，希望通过本章能够帮助读者对社区卫生服务有进一步的了解。

第 15 章　护理管理

护理管理是医院管理的重要组成部分，适应现代护理管理的发展是每一位护理人员都应该重视的问题。本章主要介绍护理管理基本职能、人力资源管理、质量管理及业务技术管理，旨在使学习者能够掌握护理管理学的基本理论和方法，分析和解决护理领域中的实际问题，为我国的护理改革与发展服务。

第 16 章　医院感染管理

医院感染管理是医疗安全最重要的一环，它能够保证患者和医护人员不发生或少发生医院感染。本章介绍了医院感染概况、流行病学、感染管理及预防、医疗废物管理等。医疗工作者在医疗过程中，应当运用有关理论和方法，对医院感染现象进行计划组织和控制活动，以提高工作效率，减少感染发生。

第 17 章　医疗安全管理

加强医疗安全管理，防范医疗事故是我们需要长期重视的永久话题。我们时刻把医疗安全工作放在首位，常抓不懈。本章通过对医疗安全管理、纠纷管理及事故管理等的介绍，旨在帮助读者更好地了解医疗安全方面的知识。

第 18 章　医院药事管理

本章主要包括医院药学与药剂科、药事管理的概述、医院药事管理委员会等内容。目的和宗旨是要建立以患者为中心的药学管理工作模式，开展以合理用药为核心的临床药学工作，临床疾病诊断、治疗，提供药学技术服务，提高医疗质量，确保患者安全、合理地用药。

第 19 章　医院设备管理

本章主要包括医疗设备概述、医院设备管理、医院设备装备管理、设备使用管理及医院设备管理的效益评价，以期提高医院设备使用率、完好率，充分发挥设备资源的效益，并为临床应用提供保障。

第 20 章　医院后勤管理

医院后勤管理是现代化医院管理的重要组成部分，是医院管理这个大系统的一个重要的支持系统。本章重点介绍了医院后勤管理范围、特点、体制和人员编制，医院后勤管理的主要内容、后勤管理体制的改革和发展等内容。

1.3.4　医院管理学发展概况

1. 国外医院管理学的发展历程

20 世纪初，在美国等一些工业发达国家，由于医院的迅速发展，医院里医疗经营活动日趋复杂，便有了培训医院管理者、加强医院科学管理的要求。受美国管理学家泰勒的“科学管理”思想影响，美国外科协会早在 1918 年就开展了医院标准化运动。美国医院管理学家麦克依陈于 1935 年撰写了《医院的组织和管理》一书，开始形成医院管理学体系。同时，也开展了医院管理的教育和培训，开始由美国医学会举办在职医院管理人员讲习会，并在大学开设医院管理学专业课程。第二次世界大战以后，欧美各国及日本纷纷开展医院管理专业

教育，并设立专业研究机构，建立专业学术团体，出版专业杂志和专著，使管理实践与教育和研究工作结合起来，推动了医院管理工作的进步与发展。

2. 我国医院管理学的发展历程

我国医院管理工作经历了一个曲折的发展道路。1964 年，总后勤卫生部编辑了《军队医院管理》，对我国医院管理影响较大。在“文化大革命”中，科学管理被全盘否定，医院管理研究工作遭到严重破坏。党的十一届三中全会以来，全国各地医院加强医院管理。卫生部颁发了《全国医院工作条例》等文件，修订颁发了《医院工作制度及各级人员职责》等，促进了全国医院的科学管理。在教育培训方面，各地相继举办了在职医院管理干部进修班，并在一些高等医学院校开始举办卫生事业管理专修科，培养管理人员。在教学的基础上有的省（市）编写了医院管理的专著、讲义和论文选编等，对发展我国医院管理学起到促进作用，许多省（市）相继成立了医院管理学会。1980 年 11 月，中华医学会召开了全国第一届医院管理学术会议，同时成立了全国医院管理学会。1981 年，我国第一个《医院管理》杂志创刊，北京医学院创办了以介绍国外医院管理为主要内容的《医院管理资料》，推动了我国医院管理学术工作的开展；同时与国外的学术交流也有所发展。《中国医院》、《中国医院管理》和《中华医院管理杂志》等学术期刊，都从不同侧面反映了我国医院管理科学的研究成果与实践的进展。目前，大多数开办社会医学与卫生事业管理专业的院校都开设了医院管理学科，通过课题研究、管理咨询、培训干部等，推动了医院管理学科的进步和医院管理水平的提高。

本章参考文献

1．陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003
2．曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003
3．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000
4．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007
5．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999
6．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
7．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
8．张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007
9．刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007
10．哈罗德·孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998
11．于斐．医院管理如何自成体系[J]．医院领导决策参考，2009（7）：28～29
12．郑晏平．逐步探索建立现代医院管理制度[J]．中国当代医药，2009，2（4）：119

第 2 章　医院组织管理

医院的组织管理是医院工作的重要组成部分，是完成医院任务，发挥医院整体功能的组织保证。医院的一切活动，都需要通过组织的形式有条不紊地进行。因此，要求医院管理人员必须深入研究组织管理的规律，从实际出发，探索与新形势、新任务、新发展相适应的医院组织管理工作新思路，以促进医院整体工作的健康发展。

2.1　组织的基本理论

2.1.1　组织的概念

对于什么是组织，至今仍是众说纷纭，没有一个统一的认识。组织管理理论家们所公认的一个事实是，要给组织下一个人人都能接受的定义是十分困难的。美国管理学家哈罗德·孔茨（Harold Koontz）说：“语义最混乱的也许要数‘组织’这个词。”美国学者薛恩（Edgar H. Schein）认为：“要给组织下一个简单的定义，其困难程度简直令人大吃一惊”[1]。迄今为止，对组织的定义不下几十种，不同的研究者从不同的角度和层面对组织有不同的理解，会给出各种不同的甚至相反的答案。

本书采取刘延平教授对组织的定义，他认为，组织既是把人、财、物、信息等构成要素在一定时间和空间范围内合理地配置，促成各要素协作并有效发挥作用的动态过程，又是能使动态组织活动中有效合作的协作关系相对固定下来，形成一定结构和模式的相对静止的结构模式，它是动态的组织活动和相对静态实体机构的统一体。生产上的高效率与工作关系中人际关系的和谐至善，是衡量组织效率的主要指标。

2.1.2　组织的特征

组织虽然是特殊的社会系统，但因其具有操作机制，并且是通过管理实践活动而建立起来并发挥其功能的，因而也必然会表现出自身的共性特点。从上述对组织的诸多定义中，我们可以归纳出组织具有以下特性。

（1）组织具有实体性

即组织是一个社会实体。这是组织的基本规定性，也是本书对企业性质的理解。企业在

1　H. E. 薛恩. 组织心理学. 北京：经济管理出版社，1987：11

本质上是一种组织，一个社会实体，而非传统经济学及现代企业理论认为的所谓的交易或契约关系。组织的社会实体性是可以被认知的，如通过对特定的组织目标、特定的成员群体、特定的活动场所、特定的象征性符号或标识、特定的规则等的辨认，而认知到某一组织实体的存在，并且认知到该组织与其他组织之间存在的区分界限。

（2）组织具有目的性

即组织有目标。组织的目的性是一种客观属性，并且组织目标不是现成的、给定的，而是内生的、动态的，组织是实现这些目标的工具或手段。它贯通于管理实践活动之中，具体表现在：其一，组织在建立和保持方面都在客观上存在着共同的组织目的。从宏观的组织到微观的组织都是依据某些共同的组织目标建立并保持下来的。若无共同的组织目标则不可能构建组织；若共同的组织目标极度分化，即便是已经构建的组织也不可能维持长久。因为目标是组织中的人得以聚合的“凝结剂”，它提供了组织向心力的潜在基础。总之，一个毫无共同目标的组织是难以想象的，也是不可能存在的。其二，组织的目标是共性与个性的统一。组织成员各有自身的利益，但个体成员的利益必须为组织的目标所兼容；换言之，组织存在着共同目标，这种共同目标与组织成员的个体目标是相互兼容的，即这种多样性的个性目标并不否定根本目标的一致性。人们之所以加入到一定的组织就是首先要认同组织的共性目标。因为共性目标是对许多个性目标的整合，故组织成员对组织目标要达成某种协议。正像西蒙所说：“组织目标是所有参加者的间接的个人目标。它是组织参加者们一起进行组织活动，以满足各自不同动机的手段。”[1]借助于组织，一方面个人的动机和利益目标得以完全的或部分的实现；另一方面，各个个体的动机又会合成一种合力，从而构成组织发展的总目标体系。西蒙认为，对组织目标的“认同过程，就是个人以组织目标（服务目标或生存目标）去代替个人目的，使前者成为其制定组织决策时所用的价值指南的过程。通过认同作用，有组织的社会便迫使个人接受了社会价值图式，以此取代个人动机。社会所造成的认同模式，可以导致社会价值与组织价值之间的一致性；在这种情况下，组织结构对社会是有利的”。[2]这表明对组织目标的认同与否，是判断组织成员对组织亲和程度的标志。其三，组织的目标是动态发展的。组织是生存在一定的社会环境之中的，当社会环境发生变化时，组织也必然相应地调整自己的目标，以求得长久的生存与发展。

（3）组织具有协作性

组织的基本功能在于对组织成员实现组织目标所开展的各种活动实现分工与协调。换句话说，组织便是为群体活动进行分工和协调，为将个人效率整合成为社会效率提供实际的物质结构的社会载体。因此，协作乃是组织的基本功能。由于参与组织的全体成员有共同的目标导向，因而要求组织自身必须有协作性。所以协作性也是组织的一种客观属性。组织的协作性，就其实质来说是把组织成员个人的目的愿望、需求和行为化为组织的目的、愿望、需

1 H.A.西蒙. 管理行为——组织决策过程研究. 北京：北京经济学院出版社，1988：18

2 H.A.西蒙. 管理行为——组织决策过程研究. 北京：北京经济学院出版社，1988：211

求和行为，也即将个人与组织统一起来，从而表现为不同个人之间的组织协作。很明显，没有组织的协作性，也就没有组织的存在。同时，组织协作的程度也在一定程度上决定着组织的构成状况和组织的功能发挥程度。

（4）组织具有权威性

组织一旦构建，就需要有一个统一的力量对其进行实际的运作和指挥，因而就需要构建组织的权威。恩格斯在《论权威》中曾指出：“一方面是一定的权威，不管它是怎样造成的，另一方面是一定的服从，这两者，不管社会组织怎样，在产品的生产和流通赖以进行的物质条件下，都是我们所必需的。”[1]组织的权威既可以是组织中的个人，也可以是组织中的次级组织，组织权威的作用对象可以是正式组织也可以是非正式组织，其作用的具体表现可以通过个人的具体行为来达到控制和协作组织，也可以表现为由于组织权威的存在，组织成员对权威观念的认同与服从。韦伯认为，权威来源于三种不同的基础。一是法理性权威。这种权威是基于正式的、抽象的、远离个人利益而存在的法律秩序之上。法理性权威隐含于“法治”之中，其核心是一种观念，即权威是职位的权威，而非占据职位的人的权威。所以法理性权威远不止涉及法律的至尊地位。在这种权威之下，成文规定是所有行为的依据，决策行为更多依据规则，而非就事论事，任何不合规则的例外都必须寻求正式的裁决，有时甚至寻求新的规则。在所有的组织中，都有这样的限制，行动必须与规则一致，规则必须体现在每一事件中且要保持连续性。二是传统型权威。在传统权威下，人们服从的是过去的经验。现存的规则是过去积累的经验，经常的情况是，传统型的权威要求人们只服从基于传统的个人，譬如世袭首领。在传统型权威中，没有对规则的连贯性要求，对运作中的传统型权威的诉求是人为的，而不是规则性的。三是魅力型权威。较之法理性权威和传统型权威不同，这种权威发端于特殊的人格特质。这种特质使其与普通的个人区别开来，而被看作是超自然的、超人类的。因此，追随者与魅力型领袖的关系总是情感型的，而不是以传统或法理概念为基础。在组织中，不论权威来源于何种基础，都是组织所无法回避的，因为对组织统一协调的过程也就是贯彻组织权威观念、对组织目标的实现递进的过程，也是组织权威对组织发展的决策过程。这也说明，权威的观念也可以内化为组织的规范和制度，从而构成组织稳定性的理性逻辑平台。

（5）组织具有结构性

组织的结构性是指构成组织的各种要素相互整合的具体形态，即通过一定的职权关系形成了较稳定的内部结构，这种结构成为一定社会关系的载体。由于组织各种要素在相互关系上只有形成一定的结构，才能实现管理目标和管理的协调发展，因此，组织的结构性实际上是各种相关要素构成一定管理活动实体的客观属性。

（6）组织具有系统性

“任何组织都是社会系统性的组织，它依靠组织自身目标来形塑着组织中的每个成员。

1 恩格斯. 论权威（《马克思恩格斯选集》第二卷. 北京：人民出版社，1972：553

组织成员的角色，是靠他们自身的目标认同来塑造的；而目标认同，又产生于他们在组织中的位置。”[1]组织是系统，并且是个开放的系统。组织有着明确或模糊但可渗透的边界，通过边界，与外部环境之间不断地进行双向的能量和信息的交换，以调整内部各构成要素之间的平衡并维持组织与环境间的动态平衡，从而不断地改革和发展。

2.1.3 组织的构成要素

组织的基本构成要素是建立组织整体模式的关键，对组织的目标、技术、参与者、制度的分析，将有助于我们理解和把握组织的类型及其不断创新的动力机制。

（1）目标

所谓目标是指参与者力图通过其行为活动而达到的目的，是组织尽力争取希望达到的未来状态。作为人类自觉建立起来的组织，它是人们在一个共同的利益基础上结成的社会共同体，相应地就存在着与组织成员要求一致的目标利益体系。组织中的成员必须具有共同的价值观念，对组织的目标具有基本的价值认同，才能为组织的形成和发展提供现实的可能。任何一个组织都是围绕着一定的目标而建立的，目标代表着组织的未来和发展方向，因此，它对组织的存在与发展具有重要价值，体现在：其一，它是组织的灵魂。组织是依靠特定的目标来维持其存在的，组织内部的一切活动也是围绕着目标而展开的，没有目标，组织活动就失去了合理性。其二，目标是组织活动路线的基础。就组织内部而言，它是制定各项方针、政策和策略正确与否的准绳；就外部而言，它是向大众昭示组织的宗旨、性质、任务、发展方向的指示器。其三，目标是衡量组织效率与效益的标准。组织的活动都是围绕着组织目标进行的，活动是否有效益，就看活动的结果接近于组织目标的程度。

（2）参与者

组织是互动的个人或团体组成的社会单元，离开了人和人的活动，就无所谓组织。组织是由彼此相互作用的人构成的群体，他们是为了共同的目标而聚集到一起，在组织里，人们使用知识、技术、装备和设施来完成特定的任务。

组织的参与者是指那些出于各种原因而为该组织做出贡献的个体。人是组织中的一个主导性的构成要素。在管理过程中，“物被人使、器为人用”，所以即使是人对物的管理，也是通过“物”的关系中介，折射出了人与人的关系。所以参与者的特征，比如年龄、性别、种族分类等，对组织结构和运作的许多方面都具有重要的意义。正是参与者的努力、遵循和拒斥，构建和影响了组织结构。没有他们的参与，就无法形成现实的管理活动。

（3）技术

技术是组织存在和发展的物质基础。构成组织的技术要素包括工具技术和知识技术。所谓工具技术主要是具有物质表象的工具和机器，比如机器、工具等。这类技术的特点是其物

1 H.A.西蒙. 管理行为——组织决策过程研究. 北京：北京经济学院出版社，1988：27

质性与有形性，它可以作为一种生产工具而独立存在，它本身可以与使用者相分离。它属于活动转换中的“硬件”。而知识技术则是指那些在解决问题和获得某种所期望的结果时使用的智力技巧和方法。这类技术以知识为基础，其特点在于信息性和非物质性，它存在于使用者大脑中，本身不能离开使用者而存在。它是活动转换中的“软件”。就组织所处的环境而言，组织技术水平的高低决定着组织效率的高低，同样一个组织，其工具技术条件越好，就越能为组织的发展提供加速发展的可能和机遇；同样其知识技术条件越好，即组织成员的知识水平、专业水平结构越完善，则组织在未来的发展中就越具备优势。因而，对组织的发展而言，作为科学技术的物质基础和作为人文科学技术手段的知识技能两者缺一不可。前者构成了组织发展的物质条件，后者则构成了组织发展的理性基础。

（4）制度

制度是指组织中决定人们之间的相互关系而人为设定的一系列规范体系。制度通过向人们提供一个日常生活的结构来减少不确定性。制度包括人类用来决定相互关系的任何形式的制约，既包括正规制约（如人类设定的规则）又包括非正规的制约（如习俗和行为规则）。制度确定和限制了人们的选择活动。组织必须依靠制度来维系和支持。一个组织就是一个活动单位。当这个单位是单个人时不成为组织，而由单个人组成的集合就是组织。组织的创立既受制于既定的制度，又体现既定的制度，而且它内部仍存在具体的制度。由此可见，组织和制度是有密切联系的。制度是“基本规则”，这一规则不仅创造了一系列机会，也形成了约束，组织是在既定的约束下为了捕捉这些机会以实现一定目的而创立的。组织的存在和演进受到制度的根本影响；反过来，它们也影响制度。由此可见，制度可以限制为一套行为规范，它们被用来支配特定的行为模式与相互关系；而组织则可以被看做是一个机构，一个决策单位，由它们来实施对资源的控制。制度就成为一种无形物，它本身不能独立存在，必须有具体的组织作为其实际运行的载体；组织是一个客观的物质体系，它不同于纯自然的客观存在，而是以人的理性及其活动方式贯穿其中的“自为性的”存在。人如果要在组织中生存和发展，就必须以一定的方式相互结合，以某种强制性的或非强制性的律令作为保障和支持组织存在与延续的手段；人类在长期的社会实践过程中，这种人类相互结合的方式与律令经过历史之积淀而逐步内化为社会成员共同遵守的准则便是制度。因而从这个意义上讲，制度源于组织，并通过管理组织而得以外显。

总之，目标、参与者、技术、制度构成了组织的基本要素。它们的有机整合使得组织呈现出千姿百态的样式。如果没有目标，就好像富丽堂皇的庙宇中没有神像一样，管理就失去了灵魂；若没有参与者，组织就无法发动和运行；如果离开了技术，则组织就失去了构建的平台基础；若无制度的维系与“黏合”，组织就会是一盘散沙，最终要分崩离析。

2.1.4　组织结构与设计

组织结构是指一个组织内的各构成要素及它们之间的相互关系，它描述组织的框架体

系。组织结构主要涉及组织部门构成、基本的岗位设置、权责关系、业务流程、管理流程及组织内部协调与控制机制等。组织结构是实现组织目标的平台，组织结构直接影响着组织行为的效果和效率，从而影响着组织目标的实现。

1. 组织结构设计的内容

组织结构设计是指为了有效地实现组织目的而形成工作分工与协作关系的策划和安排过程，即用以帮助达到组织目的的有关角色、职务、权力、责任、流程、信息沟通、利益等的正式安排。组织结构设计的主要任务是在分析确立组织的基本目标和宗旨的基础上，明确组织的基本战略和核心能力，设计公司的组织架构，明确部门使命与职责、岗位设置和职责及人员编制，建立清晰的权力体系，确立组织决策和冲突解决规则或制度，建立各部门、各关键责任人的考核与激励机制，梳理公司基本业务流程和管理流程，建立公司内部协调和控制体系。

组织结构设计不仅仅是描绘一张正式的组织结构图表，或根据组织的人员配备和职能管理需要增设或减少几个职能部门。它的目的是帮助组织围绕其核心业务建立起强有力的组织管理体系。这种组织管理体系是组织核心能力的一个重要组成部分。

2. 组织结构设计的基本形式

原则上每一个组织其组织结构都是独一无二的，特别是在考虑到组织结构的运行因素时更是这样。但就组织结构的整体架构而言，目前比较典型的组织结构基本上只有职能式、事业部式、矩阵式、混合式等几种形式。现实中，组织结构都是在这几种基本结构的基础上结合自身的特点而设计完成的，因此组织在设计和完善自身的组织结构时，必须首先了解各种基本形式的特征和优缺点，从而在此基础上设计出符合自身特点的组织结构。

（1）职能制结构形式

职能制公司组织结构是由现代管理之父泰勒最早提出的。其特点是在公司经理之下，设置专业分工的职能机构，配备专业的职能人员，并授予相应的职权。这些职能机构和职能人员，在协助经理工作的同时，也在各自的业务范围内有权向下级单位和人员下达命令。职能型结构的基本形式如图 2-1 所示。

职能型结构的一大优点就是：它促进了职能领域内规模经济的实现。规模经济意味着组合在一起的员工可以共享某些设施。以企业组织为例，在一家企业生产所有产品，使这家企业可以获得最新的机器设备。只建造一套生产设施，而不是为每个产品线都建造独立的生产设施，这减少了重复建设和浪费。另外，员工能接触到其所在职能部门开展的一系列职能活动。[1]

职能型结构的主要缺点体现在：组织内部下级职员缺乏必要的自主权，各专业职能部门之间的联系较弱，组织之间信息传递速度较慢，组织对外界环境变化的反应迟钝等。当然，

1 Robert Duncan. What Is the Right Organization Structure?. Organizational Dynamics，1979：59～80

这些缺点只是在组织规模不断扩大，业务越来越复杂后才日益显现出来的。

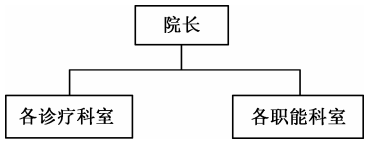


图2-1　职能型结构

（2）矩阵组织结构形式

所谓矩阵组织结构，就是把按职能划分的部门和按产品或项目划分的小组结合起来，形成一个矩阵。其基本形式如图 2-2 所示。矩阵组织结构最大的特点是每个业务单元都有两条管理线，一个是项目管理线，一个是职能管理线，组织成员要接受项目小组和职能部门的双重领导。这种组织结构的形式是固定的，人员是变动的，随项目的开发与结束进行组织或解散，任务完成后就可以离开，适用于一些涉及面广的、临时性的、复杂的工程项目。

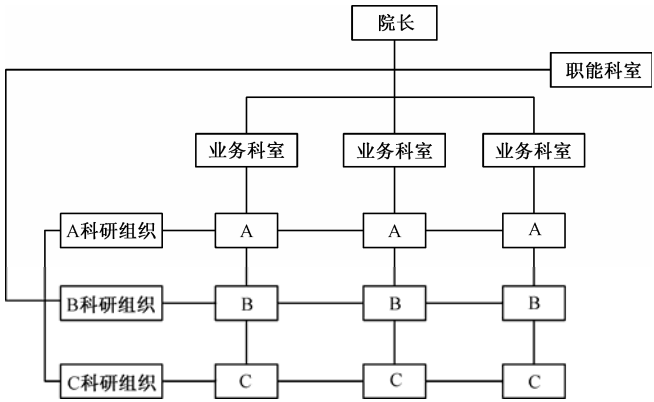


图2-2　矩阵型结构

矩阵组织结构的优势主要表现在以下几个方面。

① 按照项目的需要配备合适的部门与人员，使组织具有较强的灵活性、机动性，可根据环境的变化采取相应的对策。

② 各个职能的专业人才结合起来，有利于激发他们的积极性和创造性，而且对于稀缺的技术与人才，能够在多个项目中共享，有助于提高组织内部资源的利用率。

③ 矩阵组织中的项目负责人和职能部门负责人同为管理者，可以激发他们的积极性，加强中层和基层管理人员的责任感，使高层管理者能集中精力考虑组织发展中的重大问题。

矩阵组织结构的不足主要有以下几个方面。

① 双重领导的特点必然会产生多头命令的问题。如果项目部门和职能部门意见不一致，会使组织成员无从选择，甚至引发管理人员间的矛盾，影响工作热情和工作进度。因此要求

项目管理人员和职能管理人员进行经常性的沟通和协调，尽量保持双方管理的一致性，才能有效地发挥矩阵组织结构的优势。

② 职能部门频繁的人员流动会给管理带来一定的困难，增加管理费用。

③ 矩阵结构的组织以某个产品或项目的任务为目标，随着目标的达成而解散。对于某些组织成员，这种缺乏长期性的工作关系，经常变动的工作场所，都会减少他们对组织的归属感，也在一定程度上影响了组织长期的稳定性。

（3）事业部制组织结构

事业部制又称分权组织，或部门化结构，实行集中领导下的分权管理，如图 2-3 所示。此种模式下，组织按产品、部门或地区划分若干个事业部（部门或分公司）。各事业部独立经营、单独核算，组织最高管理者则保留人事决策、财务控制、规定价格及控制监督等大权，并利用利润指标对事业部进行控制。事业部是一个相对独立的生产经营单位，有自己的产品和市场，实行独立核算。事业部设有相应的职能部门，有直接提供利润的职能，是总公司控制下的利润中心，由事业部组织产品或地区的生产、销售、采购等全部活动。

事业部结构的优点主要有：

① 事业部独立经营，拥有较大限度的管理权限，能够及时对市场变化做出反应并迅速进行调整，具有较高的稳定性和适应性。

② 组织最高层将决策权下放，集中精力致力于组织的长期经营决策，加大了对重大事项的决策力度，从而成为更有力的决策机构。

③ 最高层对权力的下放，有利于提高管理者的专业知识和领导能力，同时，各事业部之间相对独立，形成竞争，能够激发各事业部的积极性和创造性，提高经营业绩。

事业部组织结构也存在一些问题，主要有：

① 职能部门设置重叠，增加了管理费用。

② 各事业部经营上独立决策，财务上独立核算，容易产生本位主义，导致各自为政。

③ 职权下放过大，容易造成个体发展与组织总体战略目标不一致的局面。

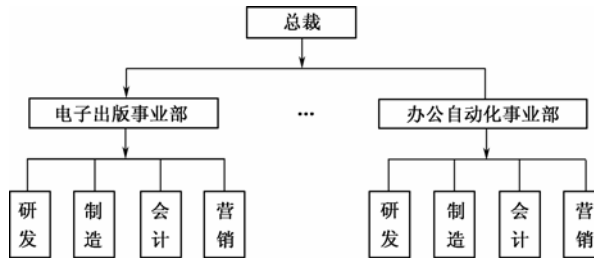


图2-3 事业部型结构

（4）横向型结构

横向型结构是一种最新的组织方式，其形式如图 2-4 所示。它围绕工作流程设计，而不

再依照职能部门的划分来组织员工。组织从基于职能的层级结构转变为基于横向流程的结构，跨越了原有的职能边界，明显减少了纵向层级。伴随着知识经济时代的各种变化，市场需求也发生了巨大的变化，顾客希望得到更快、更好的服务。横向型结构在很大程度上是对这种市场环境所发生的深刻变化的一种反应。以满足市场需求为基础，围绕诸如新产品开发之类的流程而建立起来的团队，主要依靠自我管理来取代传统的职能部门管理，并要求员工与顾客及供应商进行直接而经常的联系，这样才能保证横向型组织结构有效地运行。

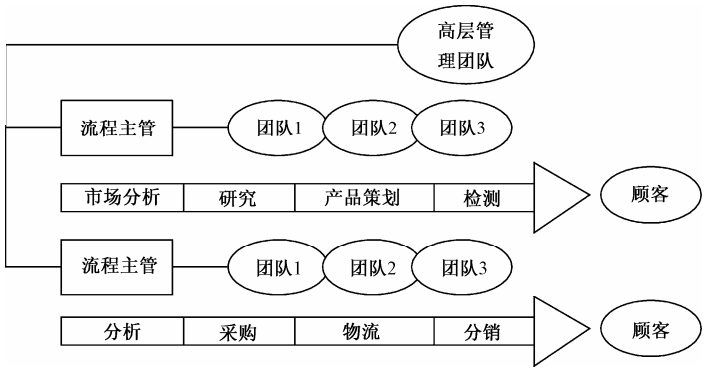


图2-4　横向型结构

资料来源： Frank Ostroff. The Horizontal Organization.New York: Oxford University Press，1999; John A.Byrne.The Horizontal Corporation. Business Week. 20 December 1993：76～81; Thomas A. Stewart. The Search for the Organization of Tomorrow. Fortune，18 May 1992：92～98

横向型结构的优点体现在以下几个方面：

① 传统的职能边界不再是部门之间进行协调的障碍，所以极大地提高了组织的灵活性和应对市场需求的反应能力，从而能够迅速有效地改善工作业绩。这是横向型结构最显著的优势。

② 管理层的减少，为底层员工提供了决策的机会，使他们有更多机会发挥才智，并能学习新的技能和承担更大的责任，所以大大地激发了员工积极性，促使他们为组织做出更大贡献。

③ 员工把更多的注意力放在如何赢得更多的顾客和如何满足顾客的需求上，在提升顾客满意度的同时，也提升了组织在市场上的竞争力。

④ 纵向层级的减少，在很大程度上降低了管理费用。

横向型结构的弱点主要有体现在以下几个方面：

① 对市场需求起关键作用的工作流程的判断是一项困难复杂的工作。在工作流程的初始判定中，管理者为了全面建立组织运行的各项流程，往往将影响组织运行的各种因素加以考虑，这无疑增大了流程确认的工作量和复杂程度。例如，美国电话电报公司（AT&T）的

网络系统事业部，曾识别出 130 个流程，后来通过分析，压缩到了少于 15 个核心流程[1]，如果关键核心流程判断不准确，将给组织带来极大的负面作用。

② 从传统组织结构向横向型结构的转变过程是漫长而困难的，它相当于对组织做一次从内到外的“手术”，是向原有的组织文化、管理哲学、奖酬制度等方面发出的挑战。这种变革会使一部分人不得不由层级较高的管理者转变为一个团队的协调者，失去原有的权力和职位，所以会受到一定的阻力。

③ 跨越职能界限的工作特点，可能会在某种程度上制约知识和技术的纵深发展。

（5）混合型结构

实际上，现实中许多组织的结构并不是单纯以前述四种基本形式存在的，尤其是在今天日趋激烈的市场竞争环境要求组织结构能够克服各种基本形式的缺点，结合各种基本形式的优势以适应复杂的市场环境。因此，混合型结构（Hybrid Structure）也就应运而生，它将各种组织形式的特点综合起来，利用了各种结构的优点，给组织提供了更大的灵活性以适应特定的战略需要。

现在运用较多的混合型结构有两种：一种是将职能型和横向型结构的特点结合起来，这种混合方式在今天受到越来越多大型组织的青睐。还有一种比较常见的混合型结构是将职能型和事业部型结构结合起来。随着组织规模的不断扩大，特别是在产品和市场达到跨行业、跨地区的水平时，对某一产品或市场具有重要性的职能，就需要分散而形成一个相对独立的单位，但某些相对稳定不变且要求规模经济和纵深专业化的职能则集中在总部。图 2-5 就是福特顾客服务事业部混和型结构的局部示意图。该事业部由多个具有不同专业技能的团队横向联结而成，并在诸如财务职能、人力资源职能上仍保留职能型结构，这些部门为整个事业部提供服务。每个团队集中完成一个核心流程，诸如配件供应与物流（获得配件并快速、高效地向商家供货）、汽车维修服务与规划（收集和传递有关汽车维修的信息）、技术支持（确保每一个服务部门收到最新的技术信息）等。[2]

与纯粹的职能型、事业部型或横向型结构相比，混合型结构具备多种组织结构的特点，克服了运用某种单一结构的弊病，达到优势互补，最能够满足那些规模已经扩大到一定程度，并具有一定复杂性的大型组织的发展需要。

医院组织机构的设置，要从医院的工作性质和任务规模出发，适应自身的职能需要。在现实医院管理活动中，大部分医院的组织机构并不是纯粹的一种组织结构类型，而是多种类型的结合体，所不同的是采取适合本单位实际需要的某一种组织结构类型为主。

1 John A. Byrne. The Horizontal Corporation. Business Week，20 December 1993：76～81

2 Frank Ostroff. The Horizontal Organization. New York：Oxford University Press，1999：29～44

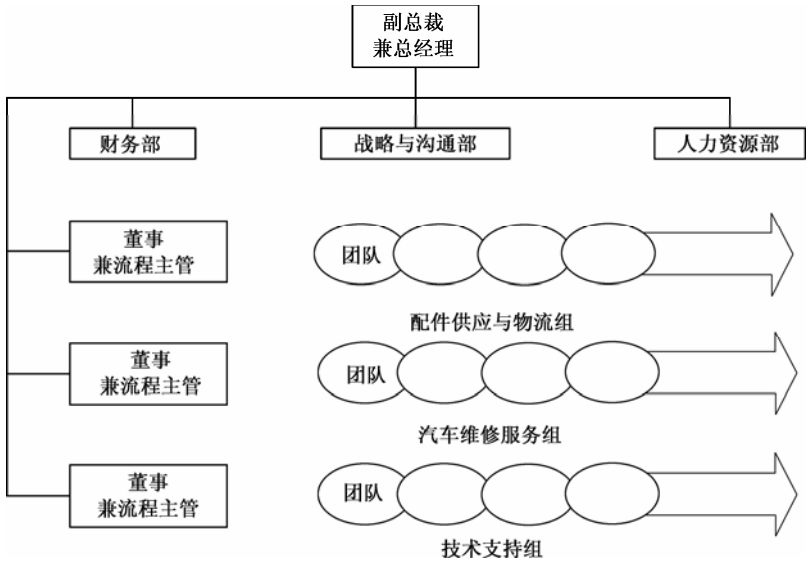


图2-5　混合型结构

2.2　医院组织概述

2.2.1　医院组织的含义及其设置原则

1．医院组织的概念

医院组织是指为了实现医院目标，以一定的结构形式，将编制的人员群体进行有机地组合，并按一定的方式与规则进行活动的集合体。医院组织是组成医院的基本结构，是医院进行各项活动的基本条件，也是整个医院管理的基础。

医院的组织目标是保持医疗资源总量的基本平衡，优化医疗资源配置，提高资源使用效率，为人民健康服务，为社会主义现代化建设服务。其中，为人民健康服务和为社会主义现代化建设服务是医院的终极目标或目的性目标；而保持医疗资源总量的基本平衡，优化医疗资源配置，提高资源使用效率，则是其手段性目标，是为了更好地实现终极目标的手段。为达到这个目标，医院将住院、门急诊、科研、教学等各方面管理活动加以组合分类，将各种医疗资源优化配置，授予各类管理人员进行每一类管理活动所必需的职权，协调好各个层次的医护工作人员分工协作关系，培养医务工作者职业道德，从而向患者提供医疗保健服务，实现医院组织的管理职能。

2．医院组织的设置原则

（1）管理跨度适度原则

管理跨度是指一个领导者有效管理下级组织数目或下级人数限度。管理跨度原则就是要

求一个领导人要有一个适当的管理跨度。研究表明，有效管理跨度一般控制在 3～5 个组织或 6～10 个人为宜。上层领导如院长所直接管理的人数最好少一点，中下管理层如科长、主任、护士长，可根据工作性质管理人数可稍多一些。因为一个管理人员的精力和能力是有限的，因此要有一个合适的管理跨度，若超出这个管理跨度，就要通过适当增加管理层次来实现有效管理。

（2）统一指挥原则

统一指挥原则是指组织中每一个人只能接受一个上级的命令和指挥，并向这个上级负责，而不能接受两个及以上上级的指令。否则，就会形成多头领导，令下属人员无所适从。

（3）权责一致原则

权责一致原则是指在赋予每一个职务责任的同时，必须赋予这个职务自主完成任务所需的权力，职责与职权必须相适应，这是组织机构高效运转的保证措施。有责无权、有权无责或责权不对应，都会影响医院组织的正常运转。

（4）分工协作原则

分工协作原则是指在组织设计时，按照不同专业和性质进行合理的分工，并规定各个部门之间或部门内部的协调关系和配合方法，这是提高组织运行效率的有效手段。

（5）精干高效原则

办事效率的高低是衡量组织结构是否合理的主要指标，在设计医院组织结构的时候要根据精干高效原则，在保证完成医院以及医院下属机构的目标任务的同时，机构的设置要做到精简，以降低管理成本，提高整个医院的工作效率。

（6）机构精简原则

机构精简原则是指在能够保证组织业务活动正常开展的前提下，尽可能减少管理层次、简化部门机构，并配置少而精的管理人员。

2.2.2 现代医院组织结构

医院组织结构复杂性决定其不同于上述一般组织结构中的任何一种类型，而是在这五种组织结构类型部门相互叠加、融合而成的一个系统化的实体。在医院组织结构中，原来独立存在的五种组织结构类型，转为系统的要素，被整合在系统中。原来独立存在的组织类型被整合后，都相互受着其他类型的影响和制约作用，从而导致组织类型在某一方面的功能得到了强化，而另一方面又出现了弱化，但作为医院系统的总体功能，则显然优于原来独立存在的任何一种类型的功能。之所以能形成这种新的组织形式，正是医院在其系统环境中吸收了“各家之长”的结果。原有的四种类型作为系统要素，已经发生了很大的变化。主要表现在以下几个方面。

① 直线型组织垂直层次上缩短。在现代医院组织结构中，作为垂直序列的顶端，领导集体由院长和若干副院长参加组成。在院长统一领导下，副院长分管医疗、护理和行政后勤

等方面的医院工作，二位一体共同完成医院的各项任务。领导团体垂直领导的下属组织，由并列的临床各科室和辅助科室组成，科室以下无正式序列组织。

② 直线职能型组织被保留和发展。个别职能型机关，已垂直领导临床科室及辅助科室，对其进行物质保障和后勤支援。

③ 职能型组织与参谋型组织相融合。个别组织既承担本身的职能，又对医院和科室的发展提供智力支持。

④ 临床科室与辅助临床科室之间的协作关系更加密切。临床科室与辅助临床科室之间的合作基本上已矩阵化、网络化、流水线化。

现代医院的组织结构必须符合现代医院的规模、性质、任务、特点、发展战略、社会责任、综合实力等客观条件，才能实现组织的有效管理，才能促进医院发展目标的实现。

在目前的市场经济条件下，我国绝大多数医院（综合性大型医院或大中型医院）采取的是职能机构设置模式。这种组织结构大致包括五大部门：诊疗部门、行政管理部门、学术咨询部门、后勤保障部门、党务部门。各个部门有其具体的范围或内容。

1. 诊疗部门

20 世纪 50 年代初，我国大多数医院是综合性医院，进入 60 年代，我国出现了妇产科医院、儿童医院、肿瘤医院、眼科医院、五官科医院、胸科医院、骨伤科医院、老年医院等专科医院。这些专科医院诊疗部门的设置重点各有不同，但与综合性医院的框架基本相似。在综合性医院中，诊疗部门通常包括门急诊诊疗部和住院诊疗部。在较小规模的医院中门诊、急诊诊疗部通常是一个部门；而在较大规模的医院中，则通常是门诊、急诊两个相对独立部门。门诊诊疗部通常还包括预防保健、计划生育门诊。在级别较高、规模较大的医院住院诊疗部门通常按疾病系统或病种细分为诸如神经内科、内分泌科、血液病科、消化内科、呼吸内科及脑外、胸外科、泌尿外科、整形外科等科室部门。目前有些医院将住院部按顾客的不同分为急性病部、日间服务部、慢性病部等。所谓急性病部主要用来解决病人需要正规救治和（或）手术的“高效住院日”；日间服务部主要用于解决小手术后需要住院观察及需要其他临时处理的病人；慢性病部主要解决达到急性病出院标准尚需进一步后续治疗的病人的医疗服务需求。诊疗部门是医院为人群服务的第一线，是医院主要的业务部门。

临床科室是医院诊疗组织的主要组成单位。我国医院临床专科的划分大致有以下类型：按治疗手段分科，如内科、外科、放射治疗科等，内科主要以药物治疗，外科主要以手术治疗；按治疗对象分科，如妇产科、儿科、老年科等；按病种分科，如肿瘤科、结核病科、传染病科、精神病科、口腔科、遗传病科、糖尿病科等；按人体系统及器官分科，如眼科、神经科、皮肤科、内分泌科等。在多数综合性医院中，中医科通常只设独立门诊。

此外，有些综合医院的诊疗部门还包括医技科室和医疗和护理科室。医技科室主要包括药剂科、检验科、放射科、病理科、麻醉科、物理诊断科、理疗科等。医疗和护理的业务管理机构主要由医务处（科）和护理部组成。其中医务处（科）是具体组织实施全院医疗业务

工作的职能部门（一般教学医院设有救务处，绝大部分的大医院设有科研处），它是院内、院外医疗业务工作联系协调的枢纽。护理部是具体负责管理组织实施全院护理工作的业务职能部门。

2. 行政管理部门

行政管理类组织主要包括医院办公室和人事处（科），通过科主任、护士长、班组长等细化管理各项行政工作。

（1）医院办公室

医院办公室是院长的具体办事机构，也是负责上传下达，联系内外的医院综合办事机构。作为院长的助手，其基本职能是对医院内外、上下各种信息进行收集、整理、传输、反馈及保存。

（2）人事处（科）

医院人事处（科）是在院长的领导下，进行人事组织管理的职能部门。人事处（科）的基本职能是按照医院具体工作特点，合理地了解人、调配人、安排和使用人，做到知人善任、人尽其能，发挥人的作用，保证医院各项业务工作的开展。

（3）审计科

改革开放以来，根据工作发展需要，一般医院都设立了审计科，承担大型医疗器械、基建等大额资金投入使用过程的审查监督。

（4）保卫处（科）

主要负责医院内部综合治理和安全保卫、消防等工作。

3. 学术与咨询部门

医院的学术与咨询机构是医院发展的“智囊团”，主要为医院的决策、研究、分析提供技术平台，在业务技术方面的决策问题上向领导提供参谋咨询服务。医院的学术与咨询机构一般由职工代表大会、医院科学技术委员会、预防院内感染委员会、病案管理委员会、医院药事管理委员会等机构组成。

4. 后勤保障部门

医院后勤管理系统由总务处（科）统一管理，由于后勤工作量较大，机构和人员较多，多数医院设有总务处（科）、财务处（科）和伙食科，共同组成后勤管理系统，负责后勤管理工作，为医院医疗任务的顺利完成提供物资、资金支持和保障。

（1）总务处（科）

总务处（科）是医院后勤保障部门。为全院主要临床业务工作提供服务，为全院的物资供应制订计划；负责医院房屋和建筑的维护、检修、分配；负责环境及各种职工生活服务的管理等。

（2）财务处（科）

财务处（科）是具体负责医院财务管理、监督工作，保障医疗和各项业务工作发展的职能科室。根据医院的发展计划，编制年度、季度的财务预算和财务决算；实施财务监督；健全严格的财经制度；负责资金的发放及报销工作。

（3）器材科

目前，一般大型医院都设有器材科，专门负责全院医用器材、设备的管理。其中包括计划、招标采购、更新与报废、器材设备资料的存档等工作，并对大型设备在院领导的带领下组织相关人员进行调研和考察，参与大型设备立项的决策。

（4）膳食科

膳食科是具体负责管理病员膳食和职工伙食工作的职能部门。它的主要任务是：积极配合临床治疗工作，在营养学专业人员的具体指导下，根据患者的需要满足病人的膳食营养，并且开展各种治疗饮食制作；加强厨房和食堂管理，制定和执行卫生制度，保证职工用餐的供应。

5. 党务部门

医院的党务部门主要由党委办公室、组织部、宣传部、纪律检查委员会、监察科、工会、团委等部门组成。

（1）党委办公室

党委办公室是医院党委领导下的职能部门，负责党务工作内外的联系，承担党务工作的信息收集和交流，研究相关政策和法规，为院领导决策提供有关信息和建议，发挥参谋工作。

（2）党委组织部

党委组织部是党委的职能机构，主管医院党组织的工作和干部工作。其中包括上级党组织的工作部署，本院党员的思想教育和党组织管理工作，负责组织安排干部的培训和提高等。

（3）纪律检查委员会

医院的纪律检查委员会是院内的“执法”部门，它在医院党委的自身建设中担负着重要的职责。主要职能有：督察党的路线、方针、政策和决议的执行情况和贯彻民主集中制的情况，协助党委整顿党风、维持党纪、清除腐败等。

2.2.3　医院组织结构特点

组织结构是组织内部各有机要素相互发生作用的联系方式或形式。组织结构只有与组织的目标需要、任务需要相适应，才能体现组织结构的合理性、有效性，才能使组织运转快捷高效，才能推动目标的实现。不同的医院，由于医院的规模、性质、任务不同，其组织结构也不同并具有自身特点。

1．传统型医院组织结构及其特点

传统型医院处在计划经济体制和传统医学模式的影响之中，医院自主发展的空间不多，且又由于国家给予医院固定足额的财政拨款，医院自主发展的压力不大、动力不够。因此，传统型医院组织部门的划分方法基本上是按照工作性质和任务划分的，就目前而言，除少数综合性大型医院负有教学科研任务外，一般传统型医院在组织结构上包括行政管理设置和医疗业务设置两大部分：行政管理设置一般包括医疗工作督理部门、护理工作管理部门、门诊工作管理部门、医院办公室、人事管理部门、保卫部门、后勤服务管理部门和党务管理部门；医疗业务科室设置一般包括内、外、妇、儿、眼、耳、口腔、皮肤、传染、中医和医技检测或医疗辅助部门。

总之，根据医院规模、功能、条件、地区特点等具体情况决定医院机构的设置、侧重和取舍。

无可置疑，当初的医院组织结构模式及设置原则对当时其所承担的医疗救治任务，发展我国医疗卫生事业确实起到了极大的促进作用。但是，随着医学科学的发展及医疗卫生改革的不断深入，20 年前制定的组织编制原则已有一些地方出现了不适应，权力过分集中、应变能力差、压抑个性、制约人的主观能动性和信息传递速度慢等缺陷日益突显出来。传统型医院组织结构具有同自身所处的历史条件、环境、自身性质、管理机制、承担的任务等相一致的特点，对其特点可以从以下几方面进行探讨。

① 传统型医院以疾病为中心，其机构设置紧紧围绕如何有效完成医疗工作目标进行编排，并根据现实需要加以强化和调整。

② 医院的直线职能制度，既有垂直的上下级领导关系，下级服从上级；又有平行的、各负其责的职能部门分工负责制，以保证医院政令通达、覆盖全面，使工作任务能够全面有效完成。

③ 等级链较为完善，等级分明，职责分明，组织运行程序严谨，信息传递与反馈过程较长。

传统型医院的组织结构缺乏竞争机制与发展活力。

2．现代医院组织结构特点

较传统医院而言，现代医院组织结构既有同传统医院相似的特点，又有自身的特点。

① 现代医院组织结构的设置以病人为中心，以提高医疗服务质量、拓展医疗服务领域、满足病人需求与完成社会责任、全面保证完成医院任务、全面提升医院综合发展实力为目的。并根据这一目的的需要，随时调整、充实和加强机构设置。

② 组织结构形式为职能机构设置模式，以保证医院工作任务的全面完成；同时一些类似于企业组织结构的新型的组织设计模式也存在于现代医院中，如团队工作小组、矩形组织结构等。

③ 等级链更为完善，等级分明，职责分明，组织运行程序化。平行的职能部门之间职

权是划定的，运行程序要求相互间的信息传递与反馈，在一般情况下通过分管领导按条块进行。由于实行或部分实行计算机管理，信息传播及时畅通，信息源广泛，组织运行快捷，领导指挥灵敏。

④ 现代医院的组织结构设置精干、必要、完善。人员配备讲求科学合理，人员素质讲求品质、知识、能力的统一并趋向要求复合型人才结构。

⑤ 现代医院组织结构运行体制具有更为广阔的发展空间与发展活力，具有较强的竞争性和一定的自主性。

3．现行医院组织结构的不适应性

（1）机构发育迟缓，协调性差

现行公立医院组织结构中，书记、副书记，院长、副院长等领导岗位众多，按编制配备，且均由上级任命，工作中很不容易协调工作关系。而实行院长、书记一肩挑的组织结构，又容易滋生一言堂，影响民主决策与监督。

（2）职能部门臃肿，效率低下

医院的职能部门设计仍然延续对上设置的原则，部门众多，不仅导致职责重叠或职权交叉，部门之间互相推诿和扯皮，工作效率低下，而且容易造成部门之间工作摩擦频繁，给领导者增加了调节处理矛盾的额外时间。

（3）运行缺乏活力，观念僵化

大部分公立医院的组织结构一方面层级过多，管理幅度过小；另一方面大多实行单一的干部任命制、终身制，导致论资排辈，不思进取。研究处理问题靠积累的经验和传统习惯，实行任务管理而不是流程管理，缺少创新型思维，直接导致组织运行活力的缺失。

2.2.4　医院组织的运用

1．医院组织的运用

组织作用的发挥取决于组织的运用。医院管理者要想运用好医院组织，就必须明确组织运用的内涵和组织运用的原则，并掌握好组织运用的评估方法。

组织运用，是指通过组织的运行、管理，发挥组织的功能。医院组织运用就是研究医院系统的组织结构设计和人员管理，设计一个适当的工作系统把医院各要素（如医疗技术要素、人员素质要素、医院环境要素等）、各环节（如门诊病人诊疗、住院病人诊疗、急诊病人诊疗、临床检验等）、各方面（如医疗、教学、科研、行政、后勤等），在职责的分工和协作上，在上下左右的相互联结上，科学合理地组织起来，形成一个有机整体，使之为实现医院目标而有序、高效运行。

医院组织运用的核心是科学设计医院组织结构，其运用状况的效果将直接关系医院的发展。因此，医院组织运用应遵循以下原则。

（1）科学求实的原则

医院组织机构、人员编制、人员岗位等项目的设置一定要结合医院客观实际，通过科学的论证和研究，实事求是地进行设置规划，杜绝人浮于事、机构臃肿等影响医院组织健康的种种不良现象。

（2）公平公正的原则

组织运用的一个重要目的，就是通过各个环节上（包括机关、后勤干部和医疗业务等环节）职权的行使来实现整个医院的管理目标。因此，在人员选配上要坚持公平公正的原则，坚持干部任用条件和干部选拔任用程序，把德才兼备的人才放到相应的岗位上发挥最大的作用。杜绝拉关系、走后门、徇私情等不良现象，以保证组织的健康运行。

（3）自我监督的原则

就一个医院而言，组织的运用关系到整个医院的运行效果和医院的发展。但如果缺少必要的监督来约束组织的行为，那必然将导致组织结构的涣散和组织效率的低下。因此，科学的组织运用，还应遵循自我约束、自我监督的原则，不断地对组织进行自我监视，以增强组织的免疫力和抵抗力，提高组织的作用力和效率。

2．医院组织实体的完善

健全的组织实体不仅具备组织的外在形式，还必须具备科学合理的内部结构，同时具有发挥组织功能的运行机制和监督保障机制。

任何一个健全的组织实体，都有其存在的理由和必要性，即目的性。人们为了达到共同的、特定的目标，运用组织的原理，发挥组织的功能，统一步调，协同活动。而比较而言，一个不健全的组织，其组织目标必然是不明显的，难以整合分散的力量，难以统一协调各方面的关系，如此将导致组织的运转不畅、指挥不灵。一所医院，不管其功能如何、性质如何、规模大小，技术力量是否雄厚、医疗设施是否先进，如果没有具体的目标任务，没有明确的发展方向，没有长远的发展战略，没有职工的福利保障和利益目标等目的，必将导致管理无序、效果不佳的状态。

同时，一些医院成功的经验证明，通过科学合理制定切实可行的医院远期和近期目标或发展规划、医院社会效益目标、医院经济效益目标、医疗技术目标、科研发展目标、服务质量目标、管理目标等，并基于上述目标的要求建立健全组织机构，发挥组织的功能和作用，充分聚集和调动医院各方面积极力量，统一思想，齐心协力，就能使医院的各项目标按计划得以实现，医院组织的作用得以充分发挥。

建立健全组织实体的最终目的是发挥组织的功能和作用，其作用是否得以充分发挥，取决于组织实体的建立健全是否遵从了一整套科学的规范，体现出组织的规范性。建立健全医院组织实体的规范性，可以理解为建立健全医院组织实体的原则，即实现医院组织机构设置的科学化、准则的规范化，包括以下几个方面。

（1）政策规范

组织是组织者为实现自身目标面建立，组织的行为准则和宗旨必须体现自身政治利益，巩固自身统治地位。医院是保障人群的健康水平的重要手段，也是广大人民利益的集中体现。坚持建立健全医院组织实体的政策规范，首先必须要坚持全心全意为人民服务的社会主义医院方向、全心全意为病人服务的宗旨，体现党的政治核心领导和监督作用，同时遵守国家的相关法律法规，做到医院规章制度与国家政策保持一致。

（2）管理规范

医院组织实体是一个繁杂的系统，为使这样一个系统正常有效地进行运动，必须制定科学严谨、求真务实的管理规范和制度。如职权管理，包括决策层和各个职能部门之间科学合理地划分各级的管理权限、管理责任、工作职责及相应的利益等；动态控制，即不仅做好前馈控制和反馈控制，同时重视在运行过程中间根据实际情况的变化和工作需要，及时果断、科学合理地对组织进行控制，调整组织状态，达到更好地完成组织目标的任务；自我完善，通过一定程度的组织运行情况检查和组织工作效率的督察，结合新的管理理念，做出符合组织情况的尝试，优化组织结构，使组织始终保持旺盛的活力。

（3）运行规范

组织的运行是指统一指挥、发挥组织中集体协同力量去达到共同目标。医院是治病救人的场所，建立医院的组织运行规范，应遵循机构精简、统一协调、流程标准化运作等准则。

（4）业务规范

医院的根本任务就是为病人治病，提高人民的健康水平。因此，医院必须根据医院的基本职能和要求，科学论证和制定医院的业务发展规划，适应医院履行自身职能和社会功能以及医院发展三方面的需要。

3．最大发挥医院组织的作用

完善组织实体的终极目标，即获取组织管理的最大化效益。

（1）发挥医院组织作用的前提

① 医院组织的科学化、合理化：科学、合理的组织结构是发挥组织作用的基本前提。组织作用的发挥通过组织运行得到实现。因此应做到组织机构设置要合理；人员编制要按需设置、留有余地；岗位职责要指标量化、责任明确；职权划分要责权利统一。

② 医院目标的科学化、合理化：组织管理效益的获取或组织作用的实现，必须通过五个环节的有效实施，即计划、组织、指挥、协调、控制。计划即目标，是五个环节中的首要环节。合理而科学的目标能够促进组织作用的发挥，对组织的协调工作呈现积极作用，体现组织存在的意义。

③ 人员结构的科学化、合理化：医院组织作用关键前提，人员结构包括专业结构、年龄结构、性格结构、性别结构、知识结构、学历结构等。医院组织是一个系统，是一个整体，从这一角度要求，人员结构配备要科学化、合理化。

（2）发挥组织作用的条件

① 遵循组织管理的层次性：组织结构具有层次性的特点，是一种保证组织内部基本秩序的准则。一般情况下，医院组织机构都具有层次性，都存在行政管理上的上级与下级，业务工作中的上级与下级。分层、有序的组织管理是有效发挥组织作用的基本要求。

② 科学划分组织的责任权利：医院组织管理是研究医院系统的组织结构和人力资源管理。合理划分各级组织机构及其管理人员的职务、责任、权限和相应的利益，做到各司其职、奖惩分明。充分调动各级组织、各级行政和业务管理人员的积极性，发挥好在各个岗位上的作用，是发挥医院组织作用的根本要求。

（3）发挥组织作用的机制

① 监督机制（supervision mechanism）：对于一个组织来说，要保证组织内部的各个因素都发挥良好的作用，单靠完善组织结构和完善规章制度是不够的，医院组织管理任何一个方面都关系到医院整体系统功能，关系到医院组织作用的发挥，关系到医院社会功能的发挥和自身目标的实现。因此，只有建立合适的医院组织的自我监督、自我约束机制，才能保证组织的健康发展和快捷运行，才能有效发挥组织的作用。

② 授权机制（reference mechanism）：医院管理具有层次性，为保证领导者能集中精力处理重大的问题，对下级人员进行授权是不可避免的管理模式，而只有完善和切实保障医院组织领导的授权机制，才能正确发挥授权行为在组织中的作用，才能进一步发挥组织的作用。

2.2.5 医院组织结构变革

1．组织变革的内涵

所谓组织变革，就是组织为了生存和发展，通过改变组织的运作模式和组织成员的行为模式，达到对组织整体性能重大改善的有计划的变革。根据组织的不同层次可将组织变革分为运营管理层变革、战略性能层变革和创新能力层变革。组织变革最普通的形式集中于运营管理层的变革，为了缩短生产周期、提高客户满意度、改善产品质量、降低成本等目标，制定一系列组织性能指标与标准，并采取各种变革活动：组织结构的再造，职责重新定义，人力资源政策的再设计。这种集中在组织运营上的组织变革最容易被人理解，几乎所有公司都可尝试此类变革。战略性能层组织变革集中于组织战略性能的改善，这种变革的直接目标是获得持续的竞争优势。竞争优势通过组织能力体现出来，提高战略性的组织能力是战略性组织变革的关键。创新能力层变革是组织自身创新能力的构建，以改变组织的现状，增强组织的竞争优势。因为组织能力是一种抽象复杂的本性，它是难以被组织竞争者模仿或复制的，因此能帮助组织获得持续性的竞争优势。例如，一种迅速构想、设计、开发、制造并营销新产品的能力就是一种战略性的能力。这种复杂的能力包括捕获客户需求信息和满意程度、潜在客户的发掘、销售人员的培训及工程师、市场营销人员、生产人员的协同工作。有时也可通过对组织现有业务能力的去芜存菁，即再优化来获得竞争优势。

组织变革意味着组织的现状与组织的目标之间存在差距。这方面的差距有可能是组织与环境之间的问题，也有可能是组织内部之间的问题；有可能是生产经营方面的问题，也有可能是组织管理方面存在的问题。这里实际上隐含着一个组织变革的前提假设是：组织希望通过变革朝着理想的方向发展，希望组织对环境做出更快速、灵活、积极的响应，希望组织内部之间能有效地进行协调和运作，增强组织的凝聚力和竞争力。

可以说组织变革就其本质含义来说，就是组织为了适应内外部环境变化，对其组成的各个要素进行调整、改变和创新，从而更好地实现组织目标的过程。组织变革是组织发展的重要手段，对维系组织生存，促进组织健全发展，体现组织本质特征具有重要意义。

2．组织变革的目标

组织变革多是有计划的，即是经过详细考虑，有目标地改变组织内的系统或人事，以期提高组织效能。因此，任何组织的变革都有一个或多个明确的目标。组织变革的主要目的是提高组织的能力，以应付环境转变所带来的冲击。适应组织经营环境的快速变化要求组织具有更大的灵活性，并大大提高组织整体的综合效能。组织变革的目标主要体现在以下几个方面：

（1）促进组织运作效率，提高组织的环境适应能力

组织变革的第一个目标是为了适应环境，在不断变化和发展的环境中求得生存和发展。因为任何组织都生存于复杂的社会环境中，离不开与环境进行能量、物质和信息的交流与互动，组织不可能完全控制外部环境，只有采取各种新的激励措施和管理办法，重新对组织机构进行设计，才能满足职工日益增长的需要，才能适应外部环境的变化。同时各种外部因素，例如科技、经济、劳动市场、社会和法律变动等均处于一个不断改变的过程中，因此组织必须进行各项相应的变革来适应新形势。

（2）实现组织成员心理和行为上的协调，提高组织效能

现在组织越来越处在一个复杂动荡的竞争性环境中，组织变革解决的问题往往都是组织环境中出现的问题。例如，政策的重大调整、市场销售价格的变化等，这些问题往往牵一发而动全身，关系到整个组织全局，只靠一两个部门的工作是不能完全解决问题的，这时就必须运用组织发展的方法进行统筹协调。组织的变革必须考虑到员工的心理和行为方式的变革。例如，组织结构的重新设计、工资结构的调整、组织战略的变革等都是为了改变员工的观念和修正员工的行为，以促进个人和组织目标的最佳配合。组织由人员和他们之间的相互关系构成。组织内人员之间的相互协调是组织目标得以实现的前提。因此，任何变革都需要组织成员来执行和支持，组织的变革需要得到组织内人员的认同才能得以实行，如果计划的改变未能被接受，则肯定不能顺利推行。战略、结构、技术和产品的变革不可能自己发生，需要通过对人员的变革得以实现，因此任何领域的变革也包含了人员的变革，组织人员和文化的变革成为组织变革的重要目标之一。人员与文化变革指员工的价值观、态度、期望、信仰、能力和行为等方面的变革。人员变革的目标是雇员个人的价值、技能和态度。雇员必须

学会如何使用新的技术，或营销新的产品，或在一种基于团队的结构中高效地工作。组织变革与其他生命有机体一样，如果不能根据内外部环境的变化做出适时的、适当的调整和变革，保持组织的自我进化能力和创新能力，促进员工的发展与进步，组织就会老化、衰败，就会在激烈的市场竞争中被淘汰，组织变革就是基于这种强大的内外部生存的压力和竞争的动力所驱使的结果。

（3）组织变革中各要素的相互依存关系

组织变革是相互依存的，即组织要素的一个方面发生变化往往意味着另一个方面也发生着变化。这些方面可以从一个组织的各组成系统来理解，例如人、工作、战略、组织设计、技术和文化等系统。

人的系统主要是指组织内各成员的性格、态度、需要、动机、思想方法等。包括组织内个人及团体的行为，包括个人的性格、认知、价值观的差异、学习的方式和决策的异同、激励和领导方法、工作组合、小组动态、冲突管理、沟通管理等。

工作系统则指工作的复杂性、标准化，以及工作的本质等，是组织制造产品和服务时的基本流程。

战略指整个组织的规划过程和实践目标时所采取的行动，包括资源运用的长远规划、组织的使命和高层管理人员的高瞻远瞩等。包括组织的环境分析、战略制订和实施过程，各种竞争战略、战略性的公司治理结构和奖励制度、多元化业务的战略和管理、组织的全球化战略、组织的资源与核心竞争能力、组织的战略联盟，以及高级管理人员的战略构思等。

组织设计则泛指组织的结构、沟通渠道、控制和问责制度等，也可能包括人力资源的管理系统。现在组织设计中常常运用战略性人力资源管理的观点，强调人力资源管理实践过程的匹配性和动态性。所谓匹配性指的是人力资源、组织结构、组织文化等方面的匹配；所谓动态性则是指上述匹配性的持续性。

技术系统与工作系统有关，是组织所运用的决策方法和技巧、实质的生产活动，包括工艺过程、工具和技巧。有学者认为，信息技术的变化要求管理者必须实施不间断的创新。

组织的文化系统比较抽象，指组织各成员所互相接纳和认同的价值观、信念、假设、态度和行为准则等。文化的表现可以从公司的规章制度、战略和工作流程等看出来。集中反映在组织各种管理制度的特色，以及组织文化所担当的角色，管理方法应如何改变来适应组织环境和组织战略变迁的要求等。

所以，当组织推行变革时，基本上是从其中一个系统入手，以该系统为变革的焦点，同时顾及其他系统，以收整体变革之效。德鲁克提出，系统的创新在于有目的、有组织地寻找变化，以及系统地分析这些变化可能为经济或社会创新提供的机遇。达夫特指出，组织大多数变革都是属于渐进式变革，以微调为主。但近来竞争环境大变，很多组织都需要作大幅度的整顿，因此大规模、比较激进的转变也渐次出现。

3．医院组织结构变革的含义

狭义地讲，医院组织结构变革就是指医院管理者对医院的正式组织结构进行适应形势需要的组织动态平衡改革；而广义地说，医院组织结构变革还包括医院行为变革和技术变革及组织发展。

从管理心理学的角度看，一般的组织结构变革，一是指改变组织结构，进而改变或增强组织功能；二是指通过对员工的心理培训改变其行为模式，进而增强或改变组织功能。更具体地说，医院组织结构变革就是运用管理学理论、观点和方法，为改善和提高医院组织效率，适应新的组织目标，而对医院组织结构进行的改革、调整和重组，包括对医院员工进行的心理培训和行为模式培训等。

4．医院组织结构变革的基本方法和策略

进行医院组织结构变革时，首先根据医院组织想要达到的目的、完成的目标来判断是否有必要进行组织结构变革，进而选择医院组织结构变革采取的方式和具体的方法。进行医院组织结构变革时采取什么方式方法，这是有计划的变革过程中所要注意解决的基本问题。而医院组织结构变革方式方法的选择，又取决于将要解决的问题及其所要达到的目的。

（1）组织变革的基本方法

已有的组织结构变革基本方式多半都是针对企业组织结构变革的。如格雷纳模式、莱维特模式、欧文模式、卢因模式、卡斯特模式、唐纳科模式等。这里主要介绍前两种模式。

格雷纳模式依据组织内“权力分配丛集”（即单方的权力、分享的权力、授权的权力）区分出七种不同的组织结构变革方式。格雷纳变革方式的缺陷是只指出了怎样变革，只强调了变革的权力方式，并没有解决要变革些什么问题，如表 2-1 所示。

表 2-1　格雷纳（Harry Greiner）模式

组织变革方式	说　明
单方的权力	指凭借上级命令，或与下级无磋商的更换人员，或直接调整组织结构的方式进行组织结构变革，它是由组织的领导者依靠职位的权力及权威单方面提出变革
分享的权力	指采用群体决策，或群体解决问题的方式进行组织结构变革，它在组织变革阶段仍然注意职权和地位的运用，但也注意行使权力的主动与分享
授权的权力	指组织成员开展案例讨论，或组织成员进行敏感性训练的方式进行组织结构变革，它在变革阶段将变革的权力移交给下级主持变革

莱维特将组织看成是一个多变量的系统。在这个系统中任何一个变量发生变化，其他变量也将发生相应的变化。在有计划的组织结构变革过程中，其组织的结构、任务、技术、人员四个变量相互起显著作用，但它们又是相互依赖的。莱维特构想出了组织结构变革的“三种方式”，如表 2-2 所示。

表 2-2 莱维特模式

组织变革方式	说　明
以组织结构为重点的变革方式	这是完成组织变革任务的一种最直接和最有效也是最基本的方式。这种变革可使组织发生根本性改变。改变结构，就是对组织成员及领导者所担负的责任和关系进行调整，包括划分和合并新的部门、协调各部门工作、调整管理幅度和管理层次等
以工作任务和技术为重点的变革方式	这种变革方式主要采取横向扩大范围、纵向丰富工作内容、基层自主安排工作计划的形式进行变革。它要求对组织及其部门、层次、工作任务进行重新组合，改变原有的工作流程；它要求更新完成工作和任务的技术工具，改变解决问题的机制和研究解决问题的方法，以及采用这种新方法的程序，并将变革工作任务与变革应用于工作的技术工具结合起来
以人为重点的变革方式	这种变革包括知识的变革、态度的变革、个人行为的变革，以及整个群体行为的变革。具体的方式有人员更新、激励机制的改变、成员素质的更新等。这种方式也是实现所有变革的基础

（2）医院组织变革的基本方法

结合组织结构变革的基本方式，我们发现医院组织结构变革可采取三种基本方法。

第一，适应环境和社会要求的医院组织结构变革。不同时期不同阶段的环境与社会对医院会存在新的要求，因此医院应该不失时机地调整组织成员及领导者的责任和相互关系，包括调整管理幅度和管理层次、划分或合并医院的职能部门或业务部门等，以优化医院整体组织系统。其目的是为了更有效地进行医院管理实现医院目标。

第二，适应工作任务变化和技术革新的医院组织结构变革。医院随着社会的发展也在不同程度上有新的发展，包括医院工作范围的扩大、服务内容的增加、业务服务项目的拓宽、业务服务领域的开发、新技术新设备的引进，等等。这些都需要医院管理者采取相应的措施，对医院组织机构进行适应性变革，跟随革新的进程进一步提高医院组织功效。

第三，适应人员行为模式变化的医院组织结构变革。现代医学模式要求医院所有成员的行为模式也要发生转变。但员工的心理素质、业务素质总是参差不齐的，有的存在心理失衡问题，有的旧习难改，有的言行很难规范。针对人员素质问题，医院管理者必须及时地根据每个员工的实际情况，进行人员重新分工、调整或更新；结合激励机制等方法，促使其转变行为模式，以及通过各种培训方式来提高员工素质。医院组织结构变革不仅仅是对组织机构本身进行变革，还包括对人员结构（含学历结构、性别结构、年龄结构等）的改变及对人员素质结构、知识结构的立体而又系统的改变。

（3）医院组织变革的基本策略

进行医院组织结构变革，要根据客观环境的要求和医院组织内部变革的迫切程度来采取相应合适的组织变革策略，如为一举打破原状，尽快抛弃旧有的组织结构，可采取革命性措施，断然解决问题；如为使组织内工作延续平稳发展，可采取逐渐演变、过渡的办法进行变革。不管采取哪种策略进行医院组织结构变革时，都必须注意选择好进行变革的时机，明确从何处发动，确定好变革的范围和深度，把握好变革的目标，以便医院组织结构变革真正做到有序有效地进行。

2.3　医院的规模设置

2.3.1　医院病床编制

病床是组成医院的基本条件，是医疗工作的物质基础。医院病床编制规模大小，各科室病床编制比例是否适当，对医疗服务和专业发展都有重要意义。科室病床编制的多少，在一定程度上反映了科室的规模和诊治、收容病人能力的大小，但不一定是科室业务水平高低的标志。

1．医院病床编制的原则

（1）满足社会需求的原则

社会需求是影响医院病床编制的一个重要指标，包括医院所在地区的服务范围、服务人群数，以及现有的医疗机构分布状况和病床的设置数量。

（2）合理布局的原则

医院病床的编制必须适应并服从于当地卫生行政部门对卫生工作发展规划的总体要求，以保证卫生资源的合理配置和充分利用，以适应并满足本地区人群对医疗服务的需要。

（3）动态管理的原则

医院病床编制，要注意病床使用的实际效益，以保证卫生资源的充分利用。对医院编制病床的使用情况，要实行动态化管理。特别是对实际使用效率低的病床，要在充分论证的基础上及时予以适当的调整。

（4）重点与特色的原则

不同的医院或多或少都有自己的重点学科或反映本院特色的专科，在病床编制时必须予以充分考虑，以保证其重点学科与特色专科的发展，同时满足病人的基本医疗需求。

（5）适应医院职能和发展的原则

不同医院由于所承担的社会职能不同，其病床编制规模与比例也有所不同。医院病床的编制必须从医院的功能和任务出发，从人才力量、设备条件的可能及医院发展规划而综合地研究，科学合理地编制。

2．医院病床与门诊量比例

卫生部制定的《综合医院组织编制原则试行草案》（1978 年）规定医院病床数与门诊人次（日）比例以 1∶3 作为正常比例界限，基本符合我国的实际情况。城市有些大医院，病床与门诊量的比例可达 1∶4 以上，而我国目前有些二级医院及一级医院，病床与门诊人次不及 1∶2，甚至出现 1∶1 比例以下，致使病床使用率下降。

3．医院病床的设置

结合我国医院管理的实际，医院病床设置一般为：

① 城市二级综合医院其病床以不少于 100 张不超过 500 张为宜。

② 城市三级综合医院，集医疗、教学、科研为一体，设有相当的重点学科与特色专业，为确保各专科开展医疗工作，其病床编设可在 500 张以上，但以不超过 1000 张为宜。

③ 有些病种单一，医疗需求量大的一、二级专科医院，如精神病医院，病床数可适当多一些。

2.3.2 医院人员编制

1. 医院人员编制概念

所谓医院人员编制，就是应用现代医院的组织管理理论，确定医院各级各类人员合理配备的原则和方法。它是根据不同医院的任务和规模，本着精简机构、节约用人、提高工作效率的原则，确定医院各类人员的数量和质量及其相互间的比例关系。

2. 我国医院人员的职类和职称

根据我国医院组织结构、体制、任务、职能分工及医院现代化的要求，我国医院人员的职类大体可分为卫生技术人员、工程技术人员、工勤人员和党政管理人员。根据《卫生技术人员职务试行条例》的规定，目前医院实行专业技术职务聘任制，实行四级职位分类。

（1）卫生技术人员

卫生技术人员是医院人员的主体，是完成医疗预防保健任务的基本力量。我国卫生技术人员根据业务性质分为以下四类。

① 医疗预防人员。包括中医、西医、卫生防疫、寄生虫病防治、地方病防治、职业病防治、妇幼保健等方面的医疗预防专业人员。其技术职称划分为主任医师、副主任医师、主治（主管）医师、医师（住院医师）、医士（助产士）、卫生防疫员等。

② 药剂人员。包括中药、西药等方面的药剂人员。其技术职称划分为主任药师、副主任药师、主管药师、药剂师、药剂士、药剂员等。

③ 护理人员。护理人员的技术职称划分为主任护师、副主任护师、主管护师、护师、护士、护理员等。

④ 其他技术人员。包括检验、理疗、病理、口腔、放射、同位素、营养、生物制品生产等方面的技术人员。其技术职称划分为主任技师、副主任技师、主管技师、技师、技士等。

（2）党政管理人员

按职务和和职称的不同，党政管理人员可以分为行政管理人员和政工人员。

行政管理人员主要是指医院的决策指挥机构及保障协调机构中的工作人员。按照行政职务及隶属关系的不同，其职务分别为院长、副院长、处（科）长、科员、办事员。按照其专业技术不同，主要有会计、统计、经济、图书及翻译等专业，其职称级别分别为高级会计师、会计师、助理会计师、会计员；高级统计师、统计师、助理统计师、统计员；高级经济师、经济师、助理经济师、经济员；研究馆员、副研究馆员、馆员、助理馆员；译审、翻译、助理翻译等。

政工人员是指医院党的系统及群众团体组织管理人员，其专职并直接从事党务和群众工作的职务分别为书记、副书记、主席、副主席、主任、科长等，其技术职称纳入政工系列，分别为高级政工师、政工师、助理政工师、政工员。

（3）工程技术人员

随着现代科学技术的新发明、新技术、新设备广泛应用于医、教、研等活动，医学科学的飞速发展，工程技术人员在医、教、研等活动中所起的保障性和创造性的地位作用显得越来越重要了。医院中所需的工程技术人员的门类较多，各医院也因装备不同而具有较大的差异，但大体有生物医学工程、医疗设备工程、电子技术、建筑工程、机械工程、电子计算机、净化及环保设备、医疗器械、激光、计量等专业，其按技术职称可以划分为高级工程师、工程师、助理工程师、技术员。

（4）工勤人员

按照岗位技能要求的不同，医院中的工人可以分为技术工人和普通工人。技术工人是指工作岗位设置有明确的岗位职责要求、任职条件、必须具备的专业知识和等级技术水平要求的专业技术工人，包括厨师、电工、木工、铁工、水暖工和机修工等。除此之外，医院中的检验员、消毒员、药剂员、妇幼保健员等六类工勤人员，也列入技工范围。技术工人可以分为不同的职务等级，而普通工不分职务等级。

3. 医院人员编制的有关规定

（1）人员编制的比例

综合医院病床与工作人员之比，根据各医院规模和担负的任务分为三类。

① 299 张床及以下的，按 1∶1.30～1∶1.40 计算；

② 300～499 张床的，按 1∶1.40～1∶1.50 计算；

③ 500 张床及以上的，按 1∶1.50～1∶1.70 计算。

（2）各类人员的比例

卫生技术人员应占总编制的 70%～72%；其中，医师应占 25%，护理人员应占 50%，药剂人员占 8%，检验人员占 4.6%，放射人员占 4.4%，其他卫生技术人员占 8%。

行政工勤人员应占总编制数的 28%～30%，其中，行政人员应占 8%～10%，工勤人员应占 18%～22%。

精品案例

长期以来，公立医院领导层面不外乎一个院长配备数个副院长的格局，这些院级领导层面并无形成文件的分工说明，各自依据医院的惯性来进行管理。鉴于这种经验管理的局限性，陕西省汉中市人民医院的院级领导决定从领导层面的管理开刀，为医院全面组织架构改革扫清障碍。调整院级领导管理幅度，实行院长领导下的科主任负责制，撤销归并某些职能科室，

这是汉中市人民医院的一系列组合拳，力度不可谓不大。

以命令单一化、跨度适度化、部门形成适当制衡为原则，汉中市人民医院院级领导的管理职责和权限进行了重新划分：院长分管财务部、办公室和业务发展部；第一位副院长分管质量控制部、采购中心和多数外科系统；第二位副院长分管护理部、预防保健部及多数的内科系统；第三位副院长分管医教、设备管理和门诊等部门；第四位副院长则分管人力资源、基础建设和后勤保障等部门。调整过后基本上形成了一个比较合理的院级领导分工，形成了一个管理部门化，运作规划化的正常格局。

在中间管理层面，汉中市人民医院实行院科两级管理制度，大胆授权，改变目前医院普遍存在的“元帅领导士兵”的管理惯性。

以前汉中市人民医院实行院科两级管理制，科主任被授予的权力相当有限，基本上都是院级层面定好责任，科主任只是埋头负责执行，人、财、物的控制权牢牢把握在院长手中。面实行院长领导下的科主任负责制后，在人事管理、奖金分配等诸多敏感问题上科主任的权限得到大大加强；同时为了增强辅助科室的服务作用，护理部的人事工作也由科主任负责管理，临床科主任对护士、护士长具有绝对领导地位，总护理部所负责的工作只是护理质量和护理技能培训等业务指导工作。

（资料来源：http://blog.cersp.com/index/1114775.jspx?articleld=1403127）

本章参考文献

1．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

2．陈洁．医院管理学[M]．北京：人民卫生出版社，2004

3．刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

4．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007

5．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000

6．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999

7．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

8．张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007

9．哈罗德·孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998

10．曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003

11．何有振．医院组织结构设计探讨[J]．中国卫生经济，2007，11（11）：23

12．蒋祥虎，周瑞峰．公立医院组织结构再造[J]．江苏卫生事业管理，2007（5）：77

13．高丽娟，孙大军，岳增文．应用病床工作效率指标分析医院病床设置情况[J]．中国医院统计，2009，3（1）：25～26

14．曹荣桂．医院管理学概论[M]．北京：人民卫生出版社，2003

第 3 章　医院人力资源管理与开发

人力资源是最重要的管理要素之一，人力资源管理是管理工作的一项重要职能。现代管理强调以人为中心，充分发挥人的作用，通过人员的合理配备，发挥最大的效用。

医院是以医务人员的科学技术才能为人民提供医疗保健服务的，医疗质量的高低直接取决于医院各类人员的医学知识水平和技术才能。要建设好一个现代化的医院，促进医院的发展，很大程度上取决于医院是否拥有一批具有先进科学技术和创造能力的技术人员，以及是否具有丰富医学知识和高度管理才能的管理人员。因此，要搞好医院管理，首先就要抓好医院的人力资源管理。

现代医院已逐步发展成为多学科、多层次、多功能的机构，不同专业的科室设置繁多，拥有大量现代化的先进医疗仪器设备，汇集着不同类型、不同层次的专业技术人才。而组织好这个庞大的群体最核心、最根本的问题是对人的管理，即提高医院各类人员的智力、知识、能力和政治思想品德，使之与医院各项工作的要求相匹配。要做好医院的人事管理工作，要求管理者除了掌握组织理论、劳动人事管理知识、人才学知识以外，还应具备一定的医学知识，熟悉医疗工作规律和现代医院管理知识。

3.1　人力资源战略与规划概述

3.1.1　人力资源管理与开发的概念

广义而言，人力资源是指能推动整个经济和社会发展，具有劳动能力（体力、智力）的人口总和。从企业发展的微观层面看，可以将人力资源定义为对企业有价值贡献的人。

人力资源开发从广义上讲含义很广，从基础教育到专业教育，所有的教育环节都具有人力资源开发的功能。从组织微观层面来讲，人力资源开发是组织对其管辖范围所有人员实施培养教育、智力与体力的开发、职业培训等活动，既为企业，也为社会提供高素质的人才。

人力资源管理则更多强调组织内部对人员的全部管理过程，综合运用现代的管理理念和管理方法为实现对员工的评价、激励和培训开发过程而进行的计划、组织、指挥和控制的活动。人力资源管理重点关注组织中人与人关系的调整，人与事的配合，以充分开发人力资源，挖掘人的潜力，调动人的积极性，提高工作效率，实现组织目标的理论、方法、工具和技术。

3.1.2 人力资源管理的目标和功能

人力资源管理的对象毫无疑问是组织中的人，这里的人是指具有价值增值性、稀缺性和难以模仿性的人力资源。

人力资源管理最关键的工作是在适当的时间，把适当的人选安排在适当的工作岗位上，以人事的协调来提高工作效率。人力资源管理工作应达到两个目标：一是取得人力资源最大的使用价值；二是发挥人力资源最大的主观能动性，提高工作效率。

随着人力资源管理理论的发展，人力资源管理的内容也在不断扩大，主要有行政管理、事务管理和战略管理三个层次，如表 3-1 所示。

表 3-1 人力资源管理的内容

层次	行政管理	事务管理	战略管理
管理重点	行政管理过程和记录	事务性支持	全球企业范围
时间跨度	短期（一年以内）	中期（1～2 年）	长期（2 年以上）
活动内容	人事记录、文件处理 管理员工的福利 解释人力资源的政策和程序 员工服务	招募和选拔 培训 绩效管理 报酬 员工关系	制定人力资源战略 评估劳动力的需求、供给趋向 从事团队人力资源开发与培训 协助企业重组和战略决策 对合并和收购提出建议

资料来源：孙海法．现代企业人力资源管理．广州：中山大学出版社，2002：7．

3.1.3 人力资源战略

人力资源战略是一种程序和活动的集合，它通过人力资源部门和直线管理部门的努力来实现组织的战略目标，并以此来提高企业目前和未来的绩效及维持企业。

1．人力资源战略的程序

当今世界的竞争归根到底是人的竞争，因此，人力资源战略在组织发展过程中起了举足轻重的作用，对它的制定必须慎重、周全、切合实际。人力资源战略制定过程中目标应尽可能具体、现实，并将员工的期望与组织发展的目标有机地结合起来，此外，人力资源战略的评价与反馈是必不可少的。由人力资源战略制定的流程图如图 3-1 所示。

2．人力资源战略与企业组织发展战略的关系

企业组织发展战略可以分为公司层战略和事业层战略两个层次。事业层战略是企业从事经营活动的事业单位和职能部门的目标、方法与计划，重在实现各种职能工作的目标。公司层战略是企业经营与发展的总体目标与方针政策，追求的是公司的整体利益；企业组织这两

个层次的战略相互配合、相互支持，形成不可分割的整体。人力资源战略派生于和从属于企业的事业层战略，要制定有效的人力资源战略，就必须明确企业的事业层战略，以及人力资源战略在其中的位置和作用。人力资源战略与企业组织发展战略的具体关系如表 3-2 所示。

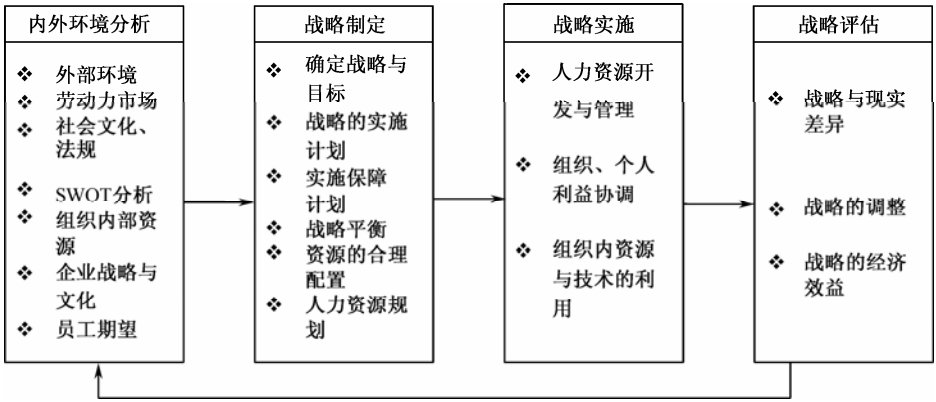


图3-1　人力资源战略流程图

表 3-2　人力资源战略与企业组织发展战略的关系

	企业组织发展战略	人力资源战略
基本战略（静态战略）	低成本战略（成本领先）	保持员工的稳定性 对所需要的技能进行培训 以行为为中心的绩效考核系统 员工参与管理、内部晋升
	差异化战略（独特的产品、服务或技术）	培养具高度创造性和协作性的员工 泛化的工作说明书 以结果为中心的绩效考核系统 从外部招聘员工 注重外部一致性的薪酬
方向战略（动态战略）	集中战略（增加市场份额、降低运营成本）	维持组织现有技能的培训计划 保留关键员工的薪酬计划 以行为为基础的绩效考核
	内部成长战略（加强市场开发、产品开发和创新）	更强的技术性培训 奖励性的薪酬 行为与结果相结合的绩效考核
	外部成长战略（合并和兼并）	人力资源管理的一体化、企业文化的融合 解决冲突技能的培训 具有内部一致性的薪酬
	精简战略（裁员、剥离）	保持适度规模 提高员工工作绩效 培养员工的信任感和归属感

3.1.4 人力资源规划

具备一支规模适当、素质较高的员工队伍，是组织生存和发展的基础，然而，外部环境千变万化，人员流动日益频繁，给组织的人力资源规划带来极大的挑战。一个组织可能由于缺乏人力资源规划或对人力资源规划重视不足而承担无形成本。此外，组织缺乏人力资源规划会使员工很难做出职业生涯规划或个人发展计划，从而导致人员的过度流失。

人力资源规划可以确保适当数量、适当质量的个体在适当的时间和地点满足组织对人力资源的需求。在组织整个人力资源管理活动中，人力资源起着基础性和指导性作用，人力资源规划是人力资源管理所有活动的基础和起点。

1．人力资源规划的定义

人力资源规划是指根据组织的发展战略、组织目标及组织内外环境的变化，合理地分析和预测组织对人力资源的需求和供给状况，并据此制订出相应的计划和方案，以保证组织在适当时间后获得适当数量、质量和种类的人员补充，满足组织和个人发展的需要。人力资源规划强调人力资源对组织战略目标的支撑作用，应该从战略层面考虑人力资源规划的内容和作用。

2．人力资源规划的内容

组织的人力资源规划分两个层次：总体规划和具体规划。人力资源总体规划主要是指计划期内人力资源管理的总原则、总方针、总目标、总体实现步骤和总体预算安排；具体规划是总体规划的展开和时空具体化，每一项具体计划也都是由目标、任务、政策、步骤和预算等部分构成，从不同方面保证人力资源总体规划的实现。人力资源规划的具体内容见表 3-3。

表 3-3 人力资源具体规划内容

类　别	规 划 目 标	相关政策或措施
人员补充规划	优化结构、满足组织对人力资源数量、类型和质量的现实需求	员工自然变动预测和规划 冗员和不适合者变动或解聘规划 新员工补充来源和招聘规划 职位工作分析
人员使用和调整规划	部门人员编制和人力结构的优化，提高效率和用人的合适性，组织企业内部的合理流动	岗位调整和轮换政策 职位任用标准和上岗基本资格制度 范围与时间规定
人才接替发展规划	建立适应的后备人才计划，形成人才群体，适应组织发展需求	管理与技术骨干选拔制度 晋升职位管理办法和流程 未提升资深人员的安排和管理规划 员工发展计划和个人职业生涯发展规划

续表

类　别	规 划 目 标	相关政策或措施
人才教育培训规划	培训系统拟订、建立，确定培训的系统动作、评价效果	普通员工培训制度 管理技能培训制度 专业人员业务进修制度 绩效发展需求和培训实施规划
评价激励规划	增强员工参与度，增进绩效效能，增强组织凝聚力，塑造企业文化	目标管理程序和管理制度 奖惩制度和管理办法 沟通机制和管理技巧
员工关系规划	协调员工关系，增进理解，减少非期望性离职率，增进员工的满意度	员工参与管理制度 合理化建议和创新管理制度 员工管理沟通制度和员工满意度调查制度
退休解聘规划	编制动态变化计划，降低劳务成本和提高劳动生产率	退休政策和规定 员工解聘制度和程序 人员接替计划和管理程序
员工薪酬规划	平衡内、外部薪酬的水平，建立具有激励性的分配机制体系	现代的薪酬管理制度 奖励政策和制度 福利计划和实施办法
员工职业生涯发展规划	使组织员工的成长发展与组织的需求相一致，实现员工与组织的“双赢”	制订个人层次的职业发展规划 制订组织层次的职业发展规划 个人与组织的职业发展规划相协调

3．人力资源需求预测

对医院进行人力资源需求预测首先应收集医院内部人力资源现状的信息，这些信息包括现有人力资源的数量、质量、年龄结构、流动比率等，再结合下列因素进行人力资源预测。

① 组织的业务量或产量，由此推算出人力资源需要量；

② 提高产品或劳务的质量或进入新行业的决策对人力资源需求的影响；

③ 生产技术水平或管理方式的变化对人力资源需求的影响；

④ 组织财力对人力资源需求的制约。

人力资源需求预测主要运用统计学的方法如回归分析、趋势分析等，图 3-2 显示了人力资源需求预测常用的方法。德尔菲法（Delphi）是其中较为著名的一种方法。德尔菲法是邀请专家对影响组织发展的某一问题进行预测并最终形成一致意见的程序化方法。这里的专家可以是基层的管理人员，也可以是高层经理；他们可以来自组织内部，也可以来自组织外部。总之，这里的专家指的不是学者意义上的，而是对所研究的问题有深入了解的人员。

4．人力资源供给预测

（1）内部人力资源供给预测

当组织某一个职位出现空缺时，从内部挑选合适的人来担任是一种十分常用的方法。因

此进行内部人力资源供给的预测十分必要。进行内部人力资源供给的预测时，首先应确定各个工作岗位上现有员工的数量，然后估计下一个时期在每个工作岗位上留存的员工的数量，这就需要考虑有多少员工会因为晋升、降职、调职、辞职、辞退、退休等原因离开原来的工作岗位。

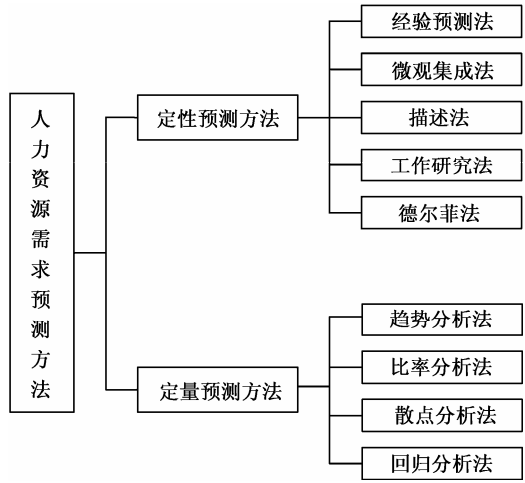


图3-2　人力资源需求预测方法

内部人力资源供给预测的方法之一转换矩阵法就是根据人力资源的流动模式，通过确定人力资源流动的方向（如从某一个岗位晋升流出的员工就成为另一个岗位晋升流入的）来分析内部人力资源的供给。

（2）外部人力资源供给预测

当组织内部的人力供给无法满足需要时，组织就需要了解组织外部的人力供给情况。这包括三个主要方面：

① 宏观经济形势。主要了解劳动力市场的供求情况，判断预期失业率。一般来说，失业率越低，劳动力供给越紧张，招聘员工就会越难。这一步可以参考政府机构和金融部门的公开出版物。

② 当地劳动力市场的供求状况。

③ 行业劳动力市场的供求状况。据此可以了解招聘某种专业人员的潜在可能性。一些专业机构会定期有偿地为企业进行外部劳动力市场条件的预测和劳动力供给的估计。

5．人力资源计划

根据人力资源预测的结果制订人力资源计划，目的是避免可能出现的劳动力过剩或不足的情况。具体包括招聘计划、晋升计划、人员裁减计划、员工培训计划、人力资源保留计划等。避免劳动力过剩的方法有裁员、减薪、降级、工作轮换、工作分享、退休和再培训等。

避免劳动力短缺的方法有加班、雇佣临时工、外包、减少流动及换岗等。

6．人力资源规划的效果评估

在根据编制的人力资源计划实施的过程中和结束时，都应该对人力资源的各项指标进行评估，以检验人力资源规划的效果。下面是两类评价人力资源规划的指标：人力损耗和人力资源合理利用。

（1）人力损耗指数

组织留住一个旧员工的意义比吸收一名新员工的意义要大得多，这不但可以节省招募的成本，又能有效提升员工的士气，因此，员工损耗的有关数据成为评估规划成效的一项重要内容。人力损耗是指从组织总体上考虑的人员外流，不考虑内部人员的流动。

（2）人力资源合理利用指数

这些指标一般用以反映组织内部人力资源供需的结构是否合理，主要就年龄结构、缺勤、事业发展和裁员四项指标来考察。

3.2　医院人力资源管理

3.2.1　医院人力资源管理概述

1．医院人力资源管理概念

医院人力资源是指医院里具有一定的学历、技术职称或某一方面专长的专业技术人员、管理人员和后勤人员。医院人力资源管理是指医院对职工的有效管理和使用的思想和行为，就是发现投入力量“开采”和利用人力，贯穿于医院人力资源运动的全过程，包括人力资源的预测与规划、工作分析与设计、人员的甄选录用、合理配置和使用，还包括对人员的智力开发、教育培训、调动人的积极性、提高人的科学文化素质和思想道德觉悟，等等。现代人力资源管理，其本质内涵是指医院通过对其内部劳动力资源进行全面、科学、有效的管理，使医院所有职工的潜能得到充分的开发和利用，以保证医院总目标的顺利实现。

2．人力资源管理的作用

人力资源管理注重对个体进行连续、系统、全面的研究，同时加强对各类人力资源进行系统的、多层次的开发，促进整体性人力资源开发，医院人力资源管理的作用主要体现在以下几个方面。

① 通过合理的医院人力资源管理，实现医院人力资源的高效使用，从而取得最大的效益。

② 通过采取一定的措施，充分调动医院职工的积极性和创造性，最大限度地发挥人的主观能动性。

③ 通过合理的医院人力资源管理，建立合理的用人机制，提高医院的整体实力。

④ 通过合理的医院人力资源管理，培养全面发展的人。人类社会的发展，无论是经济的、政治的、军事的、还是文化的发展，其最终目的都是为了人本身。

3．我国医院人力资源管理现状

（1）缺乏高素质的人力资源管理队伍

医院管理干部的素质、能力决定着医院的发展。我国医院人力资源管理人员大多是从临床转向管理岗位的，缺乏系统的人力资源管理知识、管理方法。以传统的人事管理为主的人力资源管理模式，主要集中对职工的考勤、人员的调动、劳动工资的审批、职工各项考核、人事档案等的常规性管理，管理模式比较单一、落后，使工作陷于日常事务，缺乏科学性、开创性。

（2）忽略人力资源规划

很多国有医院还没有真正建立规范化的现代人力资源管理体系。人力资源管理部门仍然把主要精力放在档案管理和职称评定等事务性工作上，仅仅是政策和规章制度的执行层。很多国有医院管理者仍然把人看做是一种成本，缺乏人才的风险管理意识，而知识型员工的流动性很强。尤其是核心人才，是稀缺资源，一旦流失，后果十分严重。不重视员工今后的潜能开发，忽略员工的能力、需求、人际关系、职业发展的规划与发展，员工也只是按组织的安排工作。这种缺乏人性化的管理制度势必造成员工工作效率低，医院的凝聚力低，也是医院人才流失的一个原因。

（3）岗位职责不明

医院管理层没有对医院岗位设计予以足够的重视，也缺乏专业管理人员开展医院工作分析，造成岗位设置不合理。员工对自己的权利和岗位责任不清楚，在工作中揽功诿过；而且无法为绩效评估提供客观依据，不利于组织目标的实现。

（4）缺乏科学有效的绩效评估体系

大部分医院的绩效考核仍在沿用机关事业单位工作人员年度考核制度。包括德、能、勤、绩等方面内容，由医院成立的考核机构对员工分别评定为优秀、称职、基本称职、不称职等，并以此作为职称晋级、工资晋升的主要依据。由于这类考核以主观评价为主，形式主义严重，不利于调动员工的积极性。

（5）人才流动机制的不完善

人才流动实质上是生产要素有效的相互组合。科学技术的进步使产业结构、经济结构总是处在不断的调整与变化中，这种变化必然要求实现人力资源的合理配置，使人才在竞争中进行合理流动，医院作为知识和技术密集型单位，人才的合理流动显得尤为重要。由于行政部门的干预，医院没有真正意义上的用人自主权，几十年来形成的“难进难出”的局面仍然没有得到根本性的改变，人浮于事的现象仍很严重，普遍存在医院想要的进不来，不想要的出不去的局面，这必然制约医院人力资源的有效配置。

（6）人文关怀不足

受我国传统人治思想的影响，管理者往往忽视人的主观能动性、归属感、成就感和自我实现的需要，喜欢采用严格的制度和简单粗暴的命令进行管理。医院员工大多数是知识型员工，拥有知识资本，因而有很强的独立性和自主性，这种管理方式的效果可想而知。

3.2.2　医院员工招募与甄选

一个医院，要想在残酷的市场竞争中生存下来并不断发展，取决于是否拥有优秀的人才，是否能够充分地利用市场。作为现代医院应该把人员招聘作为一项重要的管理内容。医院人员选拔、招聘是医院人力资源缺乏时最常用的方法。

医院要想吸引优秀人才加盟，就必须选择好的选拔人员和选拔渠道，并细心地组织设计好选拔招聘的全过程。提前做好人力资源规划招聘计划，保证有充分的时间与精力去选择人才，谨防用人时才想到招人，否则会因急用而降低用人标准，影响对人才质量的把关。招聘规划应从三个方面着手进行：首先要考虑医院的战略规划，根据主要业务、战略部署及核心竞争力，确定需要招聘的人员要求、招聘渠道和招聘方式；其次，必须明确当前业务发展的人员需求，即业务量的增加和开拓，工作内容的重新调整等；最后，要考虑人员流动产生空缺职位的补充。

1．招聘原则

（1）公开的原则

医院根据人力资源规划把招聘科室、招聘职位种类、数量、要求的资格条件及考试的方法等均向社会公开。这样做一方面可以大范围内广招贤才，另一方面有助于形成公平竞争的氛围，使招聘单位确实招到德才兼备的优秀人才。此外，招聘工作在社会的公开监督下，能产生良好社会效益，防止不正之风。

（2）遵守公平就业的原则

对所有应聘者一视同仁，不得人为制造各种不平等的限制或条件（如性别歧视）和各种不平等的优先优惠政策。努力为优秀的应聘者提供平等的机会，不拘一格地选拔、录用各方面的优秀人才。

（3）竞争原则

人员选拔需要各种测试方法来考核和鉴别人才，根据测试和考核结果的优劣来选拔人才。靠领导的目测或凭印象，往往带有很大的主观片面性和不确定性。创造一个公平竞争的环境，一方面通过各种渠道吸引较多的人来应聘，另一方面严格考核程序和手段，科学地录取人选，防止徇私舞弊等现象的发生，通过公平公正的竞争，选拔优秀人才。

（4）全面原则

对应聘者的考核要兼顾知识、能力、品德、心理、智力及工作经验和业绩等各方面因素。因为一个人能否胜任某项工作或者发展前途如何，是由多方面因素决定的。近年来，人们对

情商越来越重视反映了基于这种观点的一种倾向。

（5）量才原则

认真考虑人才的专长，量才录用，量职录用。工作有难易，人的能力有大小、要求有区别、本领有高低。招聘应量才录用，做到人尽其才、用其所长、职得其人、人岗匹配，充分发挥人力资源的作用。

（6）择优原则

择优是招聘的根本目的和需求。只有坚持这个原则，才能广揽贤才，为单位引进或为各种岗位选择最合适的人员。为此，应采取科学的考试考核方法，精心比较，谨慎筛选。

2．招聘的方式

一般医院选拔人员的方式包含面试、笔试和显示考察三种类型。

面试是经过事先安排，有目的、有步骤进行的选择有能力胜任工作的人选的活动。面试能够提供更多的有关应聘人员综合素质的信息，是最广泛，最有效的招聘手段之一。面试的考察内容主要有教育背景、职业经历、修养风度和团队意识与沟通能力等。

笔试主要是考察应聘者的理论知识水平。该方法一般用于应聘人员较多的情况下的初步筛选，但难以测出应聘者的实际操作、综合素质等，因此，常与面试结合进行。

医护工作操作性很强，要求员工有很强的实际工作能力。因此可通过实际操作对应聘者的能力或技巧进行判断、考察和评价。这种选拔方法要求招聘者有相当的专业知识，能对所测人员做出正确的评价。

3．招聘的渠道

人员的招聘可以从内部招聘，也可以从外部招聘，但无论是内部选拔还是外部招聘，都应当鼓励公开竞争。

（1）内部招聘

内部招聘是指由内部晋升而实现人力资源补充的招聘形式，医院内部招聘是医院人员选拔的一种特殊形式。严格来说，它不属于人力资源吸收、招聘的范畴，而应该属于人力资源开发的范畴。内部选拔又称内部提升，是指随着医院内部成员能力的增强，在得到充分证实后，对那些能够胜任的人员委以承担更大责任的更高职位。实行内部选拔要求有详尽的人员工作表现的资料，以便客观地评价其才能。

优点：内部招聘可以使医院得到大量自己非常熟悉的员工，不必再花很大力气去认识和了解新员工；被提升的员工对医院的历史、现状、目标、存在的问题及空缺职位的性质都比较了解，有利于被聘者迅速开展工作；有利于鼓舞士气，激励医院员工的上进心和工作热情，调动医院员工的积极性，获得较高的员工满意度；可使医院对其成员的培训等投资获得回报，极大地降低了成本，获得比当初投资更多的投资效益。

缺点：供选拔的人员有限，也容易造成“近亲繁殖”，同时对组织内部未被提拔的人的积极性会有所挫伤。

（2）外部招聘

外部招聘是指根据一定的标准和程序，从医院外部的众多候选人中选择符合空缺职位工作要求的人员。

优点：医院可以在更大的范围内选拔合适的优秀人才，有比较广泛的人才来源满足组织的需求，更有可能招聘到符合医院发展的优秀人才；可避免近亲繁殖；从外部招聘人员可以给医院带来新的思维模式和新的理念，可以为医院注入新鲜血液，带来一些先进的技术和观念，有利于医院的创新。

缺点：应聘者对医院的历史和现状不了解，难以迅速开展工作，要花较长时间熟悉工作环境，进行角色转换，因而会导致较高的成本；医院内部员工的士气或积极性将会受到影响；另外，在招聘过程中不可避免地会过多地注重其学历、文凭、资历等，而难以全面了解应聘者的实际能力。

只采用内部招聘的做法，久而久之会出现思想僵化、近亲繁殖等弊病，医院很难适应创新的市场要求。所以，内部招聘与外部招聘应结合起来使用。

3.2.3　医院绩效考核

绩效考核，是通过系统的方法、原理来评定和测量员工在职务上的工作行为和工作效果。人员业绩考核决定着员工的地位和待遇，影响着医院能否稳定，人才能否留住，事业能否迅速向前发展的大局。

1．绩效考核的主要原则

（1）“三公”原则

绩效结果评价必须以客观事实为依据，公平、公正、公开地对员工的绩效做出评价。“三公”考核标准及程序，让员工理解考核目的，产生信任感。

（2）全员参与原则

绩效管理活动绝不仅仅是人力资源部门的职责，绩效考核应该是每个管理者，甚至是每个人的职责。因此，医院所有人员都对考核工作的推进负责，绩效考核工作必须贯穿于日常的管理工作中。

（3）有效沟通原则

有效的沟通行为将持续贯穿于绩效管理活动的全过程，从绩效目标的制定、绩效计划的形成、达到目标过程中的目标调整和任务变更，到对绩效表现的评估、绩效改进计划的形成及提出新的绩效目标，都会通过员工与直接上级的沟通来实现。

（4）反馈原则

使员工通过考核，找到工作中的不足，并努力改进。

（5）上级评价与同级评价并行的原则

为保证评价的公正性，采用上级考核与同级评价并行的原则。即被考核者的直接上级对

被考核者进行考核，相关部门之间进行相互考核。

2．绩效考核的内容及方法

医院绩效考核一般从业绩、能力、态度和医德等四个方面进行考核，运用加权计分的方法对医学人才做出评价。基本考核项目有医德医风、理论水平、临床水平、科研能力、教学能力和工作业绩等，再加上一些加分或减分的项目，如荣誉加分、出现医疗事故扣分等。根据绩效考核指标要量化的原则，在各个考核项目下应该制定详细的考核办法，使考核过程结构化，减少人为因素。

360 度考评能保证考核信息的全面性，也是现在普遍认可和流行的做法，即参加考核的人员包括考核对象自己及他的上级、下级、同事和客户。但是目前医院考核信息的来源一般只包括员工自评和上级主管评价，所以在以后还应该进一步扩大参与考核的人员，特别是病人参与考核。现在已经有医院非常重视病人满意度在对医师评价中的作用。的确，要衡量医疗服务的质量，病人的满意度应该是主要的因素。表 3-4 是某医院对住院医师进行考核的方法。由这个表可以看出，该医院对住院医师的考核更注重的是其技能提高的程度。

表 3-4　某医院住院医师绩效考核表

项　目	评 分 办 法	分　值	得　分
基础、专业知识及外语水平	定期组织“三基”理论考试、妇产科专业理论考试和专业外语考试	100	
专业技能	要求住院医师掌握相应工作年限所要求的诊疗技术，由科主任考核，科教科抽考，能胜任本级手术，并要求优质手术率达 100%，每季由医务科组织专家评审，掌握管理病人的病情和妇产科常见病诊疗常规，每 1～2 个月由医务科组织专家进行考核性查房	60	
病案质量	不及时或乙级病案者，进行相应扣分，出现丙级病案者此项不得分。累计扣分可以≥50 分	50	
工作和学习制度	结合日常工作，分别由院科二级负责对住院医师的各项工作制度和每周集中学习制度执行情况等进行抽查和普查，发现违反者作相应扣分，累计扣分可以≥30 分	30	
安全医疗	作为追求的理想目标，要求每位住院医师每个年度无医疗缺陷发生。发生医疗缺陷者进行相应扣分，累积扣分可以≥30 分	30	
学习、总结和科研	要求住院医师每年至少作文摘卡或读书笔记 60 张（篇）。撰写论文 1 篇，达到这些基本要求者为满分。鼓励他们参与临床科研活动，对参加科研者、超额完成论文数或论文在公开发行专业期刊上发表者另行加分，累积得分可以≥30 分	30	

资料来源：华凯等．妇产科住院医师培训的量化考核．中华医院管理杂志，2002，18（1）

3．绩效考核结果的应用

绩效考核结果的应用包括以下几个方面。

① 考核成绩是员工岗位聘用的依据。通过日常考核积累的资料，使医院对每个员工岗

位工作能力、潜力和岗位工作业绩有充分的了解，为人事岗位调整奠定基础。

② 医院绩效考核的最终目的是要促进医院员工绩效的改进，应向员工反馈考核结果，帮助员工改进工作，通过提高员工素质而提高工作质量，创造更好的医院形象和经济效益。

③ 作为调整工作岗位、脱岗培训、免职、降职、解除或终止劳动合同等人士安排的依据。

④ 考核结果为确定员工岗位报酬提供依据，并与奖金分配、职称评定、培训安排等结合起来，保证绩效考核结果得到应用，要对医院工作成绩突出的员工进行奖励，利用正强化的原理激励他们取得更好的成绩。

3.2.4　医院薪酬管理

医院薪酬是指员工因向医院提供劳动、技术或服务而从医院获得各种形式的奖励，包括内在奖励和外在奖励。内在奖励是雇员由于完成工作而形成的心理形式，外在奖励包括货币奖励和非货币奖励。

医院的薪酬包括工资、奖金、津贴、福利四个部分。薪酬是人们在社会上赖以生存的基本条件，也是员工自身价值的体现。医院薪酬制度是否合理，不仅会影响员工的生活质量，也会影响员工的工作积极性，进而影响医院的整体效益。

1．医院薪酬管理的原则

（1）合法性原则

合法性原则是指医院的薪酬制度必须符合国家法律法规的要求。依法维护员工的合法权益，不能违反法律法规要求。

（2）竞争性原则

竞争性原则是指薪酬的制定要根据员工贡献的大小拉开差距，鼓励员工通过竞争去获取丰富的报酬；竞争性还表现在医院的薪酬标准在人才市场中要有竞争力，吸引更多的人才，避免医院人才流失。

（3）公平性原则

公平性原则是指员工与员工之间的薪酬标准、发放时间、发放形式等要公平。只有公平才能赢得员工的信赖，才能调动员工的积极性。但也不能把讲公平搞成平均主义。

（4）合理性原则

薪酬是一把双刃剑，一方面是激励员工的重要手段；另一方面对医院而言是其主要成本之一。医院的薪酬设计要充分考虑医院自身发展的特点，接受成本控制，严格核算人力资本成本在总成本中的比例及可变空间，根据医院经济能力对职工支付薪资。利用报酬系统的激励功能，调动员工的积极性，挖掘员工的潜力；将成本费用控制在适宜的水平。

2．医院薪酬的功能

薪酬是医院对其员工贡献的回报，它是医院的费用支出，是劳动者的收入构成，代表医

院和员工之间所形成的一种利益交换关系，其功能可从两方面加以理解。

（1）薪酬对员工的功能

对员工来说，薪酬具有保障、激励和信号功能等几个方面。

① 经济保障功能。薪酬是雇员以自己的付出为医院创造价值而从医院获得的经济上的回报，对于大多数员工来讲，薪酬是他们的主要收入来源，它对于劳动者及其家属的生活起到的保障作用是其他任何收入保障手段所无法代替的。

② 心理激励功能。从心理学角度来说，薪酬是个人与组织之间的一种心理契约，这种契约通过员工对于薪酬状况的感知而影响员工的工作行为、工作态度及工作绩效，从而产生激励作用。

③ 社会信号功能。薪酬作为一种信号，可以很好地反映一个人在社会流动中的市场价格和社会位置，又可以反映一个人在组织内部的价值和层次。可见，员工薪酬水平的高低除具有经济功能外，还具有信号传递作用，实际上反映了员工对自身在社会或组织内部的价值的关注。

（2）薪酬对医院的功能

对医院而言，薪酬的功能主要表现在以下几个方面。

① 成本控制功能。薪酬构成医院的人工成本，过高的薪酬水平，会提高医疗服务的成本，进而提高其价格，影响其竞争力。

② 改善经营绩效。薪酬对于员工的工作行为、工作态度及工作业绩具有直接的影响，薪酬不仅决定了医院可以招募到的员工的数量和质量，决定了医院中的人力资源存量；同时，它还决定了现有员工受到激励的状况，影响到他们的工作效率、出勤率、对组织的归属感及组织承诺度，从而直接影响到医院的经营效率。

③ 塑造和强化医院文化。薪酬影响员工的工作行为和工作态度，一项薪酬制度可能促进医院塑造良好的文化氛围，也可能与医院现有的价值观形成冲突。医院必须建立科学合理并具有激励性的薪酬制度，以对医院文化的塑造起到积极促进的作用。

3. 医院薪酬管理的步骤

医院薪酬管理是医院人力资源管理的一个重要方面，薪酬管理是对薪酬系统的完善与维护。医院薪酬管理有以下三个步骤。

（1）薪酬设计

医院薪酬管理的第一步就是建立一个有效的、“对内具有公平性，对外具有竞争力”的薪酬体系。设计科学合理的薪酬体系和薪酬制度，包括六个步骤：制定薪酬策略、职位分析与评价、薪酬调查、薪酬结构设计、薪酬分级与定薪、薪酬体系的实施和修正。

（2）医院薪酬管理的目标确定

医院薪酬管理的目标是：发挥薪酬的激励功能，充分调动职工的工作积极性，建立稳定的医院职工队伍，吸引更多的优秀人才，实现医院整体奋斗目标和职工个人职业目标的共同

发展。

（3）医院薪酬政策的制定、实施和修订

医院薪酬政策是医院在薪酬管理目标、方法、任务上的选择和组合。主要包括：确立合理的医院薪酬制度，确立医院薪酬水平，设计医院薪酬结构，控制医院薪酬成本等。医院薪酬政策直接关系到医院薪酬体系运作的成败，医院管理者在制定薪酬政策时，要有战略的眼光，高瞻远瞩；把握市场行情的变化，审时度势。在实施过程中，医院要定期对薪酬政策进行调整和修正，保证薪酬制度的适用性。

3.3　医院的人力资源培养开发

人力资源开发是指用现代化的科学技术知识，经过有目的的培养教育和组织协调，发现、发展和利用人员的智慧、知识、经验、技能和创造性，使之得到充分发挥，达到人尽其才、才尽其用。

随着国家经济技术水平和人民生活水平的提高，社区医疗服务的开展，以及医学模式由生物医学模式向生物—心理—社会医学模式的转变，对医疗人才的技术、能力、道德素质的要求也越来越高。医学是一门实践性很强的科学，医学人才培养的一个重要方式就是临床实践，因此，医院承担着医学人才培养的重任。只有做好医院自有人才的培养，挖掘他们的潜力，医院的发展才能获得持久的动力。

3.3.1　医院人才培养的原则

（1）强调临床实践

医学的实践性很强，通过实践，医师才能把理论与实践结合起来，才能学会在面对临床实践中出现的各种不同情况时，及时做出正确判断。开展临床实践，首先要练好临床基本功，如问诊、病历书写和查房等，这样才能更好地为病人服务。

（2）突出道德素质

医生是一项崇高的职业，健康所系，性命相托，医生的职业道德水平对其医疗服务质量的高低将产生直接影响。医师职业道德素质，包括责任感、敬业精神、科学作风和合作精神等，医德的培养应该作为医师培养的第一步。

（3）处理好博与专的关系

当代医学的分科越来越细，专业越来越精，要求医学人才所掌握的知识既博且专。博是专的基础，以博促专，而后促创新。而以提供社区服务和私人服务为目标的全科医生，其知识就更注重广博度了，这样才能应对各种复杂的情况出现。专是开展医疗，解决医学难题的需要。同时，医院的人力、财力和物力都是有限的，集中资源发展某一个专业领域，打造医院的核心竞争力，容易取得成功。因此，加大力度培养专业人才与医院的发展目标是一致的。

（4）普遍提高与重点培养相结合

医院人才培养要注重提高人员的整体素质，储备充足的后备人才，为选拔优秀人才打下坚实基础。同时，对那些基础好，学习能力强，有进取精神的人员进行重点培养。培养的目标是让他们成为某一领域的专家和学科带头人，带领本医院某学科快速发展，成为医院在市场竞争中的优势。总之，普遍提高与重点培养相结合，就是要建立起一支结构合理的人才梯队，保持医院有稳定的人力资源供给，带动医院的整体发展。

（5）侧重知识更新

培养医师除了要注重知识的广度和深度，还要注意知识的更新。当前，科学技术迅猛发展，新知识、新理论、新技术层出不穷，必须不断学习，不断创新，要充分利用现代信息技术，把握本学科的发展动向和趋势，了解国际动态，这样才能在专业领域保持竞争优势。

3.3.2 医院各类员工的培养方式

1. 医院专业技术人员的培养方式

医院专业技术人员包括医师、药剂师、检验师、技师和护师等，是医院直接面对患者，提供医疗服务的主力军，占医院员工总数的 80%以上，是医院人才培养的主要任务。对这类人才的培养直接关系到医院的业务水平和知名度的提高，因此受到各级各类医院的普遍重视。医院专业技术人才培养的方法主要有以下几种。

（1）导师制

导师制是一种有计划、有重点的人才培养方式。导师既可以对学生提供适时有效的指导，同时也可以起到督促和评价的作用。导师制适合对年轻医师的培养。一个合格的导师应该具有精湛的专业技能、高尚的道德情操和责任心。学生与导师朝夕相处，导师个人特质的方方面面都会影响到学生将来的行为特征。导师通常技术水平较高，在医院里有较高声望，因此也都业务繁忙，这时导师应该处理好自己的工作与带学生之间的关系，不能因为工作而疏于对学生的指导，必须对学生的表现承担一定责任。

（2）临床实践

实践是专业技术人才培养的主要方法。医学的实践性很强，需要和患者直接接触，既是脑力劳动又是体力劳动，只有通过实践才能学会各类实际操作的方法，例如外科手术的实施、仪器的使用、诊断的技巧，等等。一个医师工作的方方面面几乎都需要动手操作，不实践是不可能掌握这些方法的。对于刚参加工作的大学毕业生等初级人才，实践可以使他们感受到真实的工作环境，学习工作中所需的基本技巧。对于主治医师等高层次人才，实践是他们发展新技术，学习新技术的途径。很多新技术的发现和使用都始于工作实践中遇到的问题，在解决这些问题的过程中新的方法被提出，自身能力也得到了提高。

（3）委以重任

对计划培养成业务骨干和学科带头人的重点培养对象应该采用委以重任的方式进行培

养。通过规定任务，可以帮助被培养人明确自己的发展目标，有了目标就会少走弯路，缩短成才周期。同时，有了压力才会有动力，也让被培养人感到受重视，因此会更加积极主动地提升自己的技术水平和能力。压力的内容可以是要求在一定时期内发表一定篇数的学术论文，也可以是要求处理某个疑难病患者，或者是实施某项课题的研究等。

（4）进修

由于受医疗条件和技术水平的限制，基层医院在临床典型病例数上远远低于大医院，而对以实践为特征的医疗活动而言，对完全没见过的病就做出正确的诊断和处理几乎是不可能的，必须提高员工的医疗技术水平。到技术水平较高的三级医院进修是基层医院医师培养的主要方式。对基层医院医师的培养也十分重要，基层医疗水平的提高，既方便了人民群众，又缓解了大医院的压力，也充分利用了基层医院现有的条件。与西方发达国家相比，我国的医疗技术水平相对落后，要学习发达国家先进的医疗技术，出国进修就是一种很好的方法，能收到送出去一个，培养出一批的良好效果。

（5）参加国内外学术活动

学术活动是医学研究人员获取最新的医学情报信息，学习新知识、新技术、新疗法的好场所。参加学术活动，医师可以和优秀的同行进行交流，进一步提高理论水平。另外，医师受邀参加的学术活动的层次越高，说明医师在学术界的影响也越大，对树立医院的良好形象也是十分有利的。

（6）攻读学历学位

攻读学历学位对提高医师理论水平有着十分重要的作用。医学虽然以实践为主，但仍然需要理论的指导。医学理论一方面来源于临床经验的总结，另一方面则来自于基础的研究。基础研究的发展带来了理论的更新，虽然临床医师可以通过参加学术活动或阅读学术期刊来了解医学理论的发展情况，但这种学习是零散的、不系统的。而且，不少医师从事临床工作后都越来越感到基础理论知识的重要性，如果基础理论不扎实，就会影响临床的诊断和治疗，因此他们选择攻读学历，重回学校学习系统的理论知识，为以后的快速发展打下基础。绝大部分医院对医师攻读学历都是很支持的。在国外，培养一名执业医师需要大约十年左右的时间，而在我国，这个时间被大大缩短了，这就造成医师理论水平有限的局面，不利于我国医疗事业的发展。

（7）开展教学和科研

很多公立医院都是医科院校的教学医院，优秀的医师除了要完成医疗任务，还要参与临床教学。对医师而言，参加临床教学，可以教学相长，因为在备课过程中，他们必须查阅大量的相关资料，总结典型病案，对培养学习主动性、综合分析能力、逻辑思维能力和语言表达能力有很大帮助。在职业道德和钻研业务方面，他们要为人师表，也起到了培养的效果。结合临床，开展医学科学技术研究，是培养医学人才的又一条途径。开展医学科学技术研究，要总结临床工作经验，运用新的实验技术，要整理资料，书写论文，或申报科技成果。科学技术研究的过程，对培养科学精神、严谨的科学态度、科学的工作方法，对锻炼科学思维和

创新意识，都是十分有益的。

（8）自学

主要是以理论知识为主，依每个人的实际情况不同，自学的效果也不同。医师工作任务较重，又需要补充理论知识的不足时，可以选择自学的方式。另外，为通过各种职称考试和执业资格考试，自学因其灵活性和主动性，是普遍被采用的方法。但它一般只适用于理论学习，涉及实际操作时，还需要通过实践才能掌握。

2．医院管理人员的培养方式

我国医院的管理人员在知识结构和管理能力方面与职业化的要求都存在着一定差距。《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中明确指出，要“高度重视卫生管理人才的培养，造就一批适应卫生事业发展的职业化管理队伍”。目前我国医院管理人员，绝大多数是从医疗技术岗位转岗而来，没有系统地学习过管理学知识，担任管理工作后，参加管理培训的时间也很短，甚至还要在一定程度上承担医疗任务。

管理能力的培养是培养医院管理人才的一个重要方面。管理学者科兹把管理能力分为 T、H、C 三类。T 是指专业技术技能，就是要求管理者熟知与自己工作有关的事项，特别是关于工作的做法、方法、程序、手续等事项。H 是指人事技能，要求管理者能与不同的人打交道，并可以有效地发动个人和群体，贯彻、落实自己的意志和观点。C 是指判断技能，在现实生活中更多地表现为正确选择的能力，管理者能够正确地判断不同事物之间的相互关系和预见未来可能出现的意外情况。

除了工作轮换，挖掘医院管理人才还可以通过鼓励医院员工参与决策，形式之一就是初级董事会。初级董事会的成员可以由医院职能部门的管理人员、医院各科室的负责人等组成。初级董事会通过召开会议讨论医院经营战略等高层次的管理问题，成员们可以充分发表自己的看法，提出建议，充分参与医院的高层管理。董事会对初级董事会提出的建议进行考虑和评价。初级董事会给那些有志于医院管理的员工参与管理的机会，在分析解决医院的实际问题的过程中提升其管理能力，为晋升到更高一层的管理职位打下了基础。

3.3.3 医院员工法律医德教育

（1）医德培养

古人云：“无德不成医。”历代著名医家，不仅有高超的医技，更有高尚的医德，因而受到人们的普遍赞誉。今天，人们则用白衣天使的称呼来表达对医生这一神圣职业的敬意。医德是医生职业道德中一个非常重要的内容。它包括“以病人为中心”的服务理念，要求医护人员一切为患者着想。以爱心和诚心对待患者，用温暖的服务减轻疾病所带来的痛苦。良好的医德还包括尊重患者的人格和权利，要求医务人员不分贫富，平等热忱地对待每一位患者，对患者的询问给予耐心细致的解答，自觉维护患者的隐私，等等。市场经济一方面转变了医务人员的服务观念，能够更好地为患者提供服务，另一方面又使一些人被物质利益所驱使，

医德沦丧，导致医患关系紧张。因此，医德建设在任何时候都不能放松。

（2）法律意识的培养

随着我国公民法律意识的增强，对医疗活动的正确性越来越多地提出了质疑，医疗纠纷的案件也层出不穷。医疗活动的一个显著特点就是高风险性，为了抢救人的生命，常常要在最短的时间内做出正确的决策，思维活动高度紧张。因此，必须加强医师法制教育，使医师能够运用法律的武器在医疗纠纷的案件中合理地保护自己，并自觉守法，减少医疗事故的发生。培养医师法律意识可以通过举行法律知识讲座，分析典型案例的方式进行。

（3）合作精神的培养

在高度分工的情况下，必须团结协作，密切配合，才能打破个人能力的界限，发挥出集体的智慧，取得最好的效果。因此，团结协作也是医师职业道德的内容之一。协作不仅包括医生之间的，还包括医生和护士，医生和药剂师，护士和药剂师等之间的协作。遇到疑难杂症时，召集各科专家进行会诊，商讨解决方案需要协作；医生用药要借助于临床药学或向药师咨询时需要协作；大型手术的开展更需要各层各类医务人员的通力合作。建立良好的协作关系首先要互相尊重，各司其职，出现问题共同承担，而不是互相推诿和埋怨，其次要处理好协作与竞争的关系，要在制度上保证竞争的公平、公正性。

本章参考文献

1. 陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003

2. 曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003

3. 董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000

4. 侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007

5. 丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999

6. 方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

7. 申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

8. 张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007

9. 刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

10. 哈罗德·孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998

11. 叶龙，史振磊．人力资源开发与管理[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

12. 余凯成．人力资源管理．大连：大连理工大学出版社，2000

13. 王乐园，申芯荣．当代人力资源管理的现状分析及对策[J]．现代医药卫生，2008，22：3468～3469

14. 吉惠芳．浅谈新时期人力资源管理[J]．中国现代医院管理，2008(7)：39～41

第 4 章　医院财务管理

4.1　医院财务管理概述

医院财务管理是医院经济工作的核心，是医院管理的重要组成部分。医院财务管理部门担负着对医院资金全面管理，资金结构平衡和资金筹集、结算、审核等重要职责。随着医疗体制改革的逐步深化，医院的财务管理水平面临更高的要求。新的形势下，如何做好医院的财务管理，对于提高医院的整体管理水平非常重要。

4.1.1　财务管理目标

财务管理是研究资金运作及其规律的科学，医院财务管理是对医院有关资金的筹集、分配、使用等财务活动所进行的计划、组织、控制、指挥、协调、考核等工作的总称，是医院经济管理的重要组成部分。现代化医院财务管理的目标是提高资金管理效益，筹集经费，促进医院各项建设的发展。医院管理体制改革要按照 企业的运作方法，提高运行效率，降低成本，提高质量，建立一套 科学完善的成本核算方法，处理好投入与产出的关系。医院的财务管理与一般企业财务管理的不同之处是在保证医院正常运转的前提下，追求社会效益和经济效益的最大化。所谓社会效益就是“品牌”效益。医院作为一个特殊的服务性行业，它与别的行业的区别就在于它的消费群体的特殊性；它与其他行业发展的共同点是一致的，所以医院也应该树立自己的品牌形象，“品牌”效益会带来巨大的经济效益。

医院在遵守政府相关卫生政策前提下，根据医疗服务的需求，提供医疗服务，并且得到合理的经济补偿。因此，医院财务管理就是要充分利用医疗技术、设备、资金等卫生资源，向社会提供优质高效服务，从而满足市场需求。医院财务管理的目标具体如下。

（1）创造足够的收支结余

收支的结余表明医院新创造的财富（应该是按照收支配比原则加以计算的）多或少，结余多说明医院的经济运行质量较高。没有结余甚至入不敷出的医院是很难去实现社会效益和公益性的。

（2）医院资产保值增值

公立医院的最大“股东”是国家。作为投资主体，国家开办医院的目的是要求医院为社会提供公平、价廉、优质的服务。因此，只有树立资产保值增值的观念，长期保持获利能力，不断增加盈余，才能为医院提供生存发展的基本条件。

（3）事业基金积累越多越好

医院事业基金的多少反映出一个医院的发展是否具有潜力。因为有了积累才能谋求发展，才能创造更多更好的医疗服务，并能获取更多的盈余。如果忽略了积累，医院的发展就没有后劲。

4.1.2　财务管理基本环节

医院的经济活动以医疗服务为主体，由此形成具有医院特点的财务管理环节。其基本环节有：积极组织医院收入，科学编制收支预算，规范医疗项目收费，合理控制成本费用，加强固定资产管理，做好会计报表决算，开展经济活动财务分析，进行财务监督检查。这些管理环节互相配合，紧密联系，形成周而复始的财务管理循环过程，构成完整的医院财务管理工作体系。

4.1.3　医院财务管理的方法

医院对各项经济活动控制得好坏，关键取决于其组织是否有效。医院组织结构既是相对稳定的，又是发展变化的。医院应根据自身的经营规模、内部条件和财务战略，决定其适宜的组织体制，从而提高财务管理效率，充分利用医院资源，减少内部摩擦和降低组织成本，实现社会效益和经济效益最大化。

（1）强化全面预算管理

好的医院预算制度是完善的法人治理结构的体现，通过全面预算管理机制产生的管理效益，是衡量现代医院管理科学化、规范化的重要标志之一。从国际惯例看，预算指标在现代医院中被视为强有力的硬约束指标。西方先进医院衡量各项财务指标的完成程度时，不是与“去年同期”相比，而是与“预算指标”相比增加或减少了多少幅度，因为预算指标经过了自上而下、自下而上相结合的测算、论证、汇集，是医院制定的战略目标，是实施管理和控制、考评和奖惩的科学的依据。鉴于全面预算编制的科学性、执行的强制约束性和奖惩激励机制，实施后可以极大地提升医院的管理层次，增强竞争优势，促进医院发展和效益的提高。

（2）降低财务风险

经营中的风险无处不在，大批医院的衰退都是源于财务风险的控制不当。因此，要建立一套完整的财务风险控制机制，通过对资金筹措、重大投资、营运资金、债务清偿、资产损失等关键环节的严格控制，加强风险预警，及时评估、预防、控制和分散财务风险，在实现经营目标的同时力求化解财务风险或实现损失最小化。

（3）建立评价和激励机制

医院应在全面经济核算的基础上建立完善的评价考核指标体系，并在科学合理的效绩评价的基础上，建立全面的奖惩机制。对医院管理人员，要对医疗收入的预算指标完成情况、事业任务的完成情况和行政消耗性开支的节余情况等建立奖惩机制；对医院科室管理人员，

要对医疗收入的预算指标完成情况、病人的收容情况、医疗技术的发展情况等建立奖惩机制；对广大医务人员，要对医疗收入的实现情况，医疗服务质量和服务水平建立奖惩机制。为保证医院的内部财务管理与控制制度的贯彻实施，要设立专门机构或指定专门人员具体负责业绩评价执行情况的监督检查，建立动态监控机制，将业绩考核评价情况及时反馈给奖惩决策的执行部门，作为医院内部人力资源管理的重要依据。

4.2 医院资产管理

4.2.1 医院资产管理综述

在传统管理工作实践中，一提起管理要素，人们首先想到的就是人、财、物、责、权、利等几大管理要素，这其中所说的物主要就是指资产。可以说，任何一个经济组织只要其独立存在，都会或多或少地拥有一定数量的资产，换句话说就是拥有一定数量的资产是任何经济组织赖以生存和发展的先决条件和物质基础，不拥有任何资产而自立于市场的独立经济组织几乎是不存在的。可见资产对一个经济组织的生存与发展是何等的重要。

医院作为整个社会经济体系中的重要组成部分之一，虽然其自身具有特殊的社会功能定位，其运行和发展也遵循着独特的行业规律，但医院作为一个实体经济组织与市场中的其他任何经济组织并没有实质性差别，其生存、发展乃至不断成长壮大同样离不开拥有一定数量资产这个物质前提，甚至从某种程度上讲，在我国现阶段，医疗资源相比于其他资源显得更加稀缺，所以医院资产管理的重要性不言自明。

（1）医院资产的概念及其内涵

医院资产是指医院所拥有并控制的、能为医院带来预期经济收益的所有资源。虽然信息和人力也都是医院重要的经济资源，但在管理的传统习惯上一般并不将其纳入资产管理的范畴，所以在此提到的医院资产主要特指医院拥有占有权、使用权、收益权和处分权的医院有形资产和无形资产，内容主要包括流动资产、固定资产和无形资产等。虽然国有公立医院在资产处分权的具体行使上可能不同程度地受制于上级行政主管部门，但这并不影响医院资产的所有权权属。

（2）医院资产管理的组织体系概述

医院资产管理涉及医院所有的科室（或部门）和所有的人员，管理内容几乎涵盖了医院资产从最初形成进入医院到最终因消耗或其他原因而退出医院的全过程，所以建立一个比较完善的医院资产管理组织体系对于医院资产管理极其重要[1]。

目前，国内医院在资产管理组织体系架构上，一般都遵循着这样的大体管理思路，即医院资产总账和二级明细账由医院财务部门进行管理，资产三级明细账由资产管理部门进行管

1 赵宜珍．医院财务管理研究与实践[M]．北京：中国财政经济出版社，2008

理，实物资产由医院临床、医技、行政和后勤等资产具体使用部门进行管理。月末或年末，由资产使用部门与资产管理部门之间进行账实核对，然后由资产管理部门与财务部门之间进行总账与明细账之间的核对，从而保证医院资产的账账相符和账实相符。

在管理部门设置和具体主管范围设定上，一般做法是：药剂部门主管医院药品（包括医用化学试剂），设备部门主管医院医疗设备和医用材料物资，总务部门主管医院房产、非医用设备、非医用材料物资和办公用品等，财务部门负责办理资产类财务结算并设账管理。具体业务分工大致为药剂部门、设备部门、总务部门、财务部门、医院各临床医技科室、行政管理部门及后勤保障部门。

上述医院资产管理组织体系架构是医院多年管理实践发展的结果，有其存在的合理性。但随着现代信息技术的快速发展和管理理念的不断更新，上述管理组织体系自身存在的管理隐患和管理漏洞在现实管理实践中日益显现，有些甚至已经威胁到医院资产的安全。关于这一组织体系架构存在的问题及完善思路在后续医院内部经济管理组织架构的科学构建章节中将有专门论述。

4.2.2　医院流动资产的管理

流动资产是指可以在一年内或超过一年的一个营业周期内变现或者运用的资产。在医院总资产结构中，流动资产所占比例较大，通过科学合理地调整医院流动资产的比例和结构，可以降低医院财务风险，增加医院收益。流动资产是医院资产的重要组成部分。

1．医院流动资产分类

医院流动资产种类繁多，特点各异，可以按不同的标准进行分类。按资产的占用形态不同分为现金、短期投资、应收及预付款和存货等，按其变现的难易程度不同分为速动资产和非速动资产，同时还可以按其在医疗业务活动过程中的作用不同分为直接用于医疗业务活动的流动资产和直接用于非医疗业务活动的流动资产等。但就医院资产管理实践而言，一般按其占用形态不同进行分类管理，具体可分为四大类。

（1）现金

现金是指可以直接用来购买物品、支付各项费用或用来偿还各种债务的交换媒介或支付手段。主要包括医院库存现金和银行存款等。现金虽然是医院流动性最强的资产，可以随时投入使用，代表医院一定的偿债能力和抗风险能力，但过分拥有现金并不会给医院带来较高的经济回报，所以，在一个发展比较成熟、财务管理较为完善的医院，一般不会保留过多的现金。

（2）短期投资

短期投资是指各种能随时变现的有价证券，以及期限不超过一年的其他投资，其中主要是指有价证券投资。对企业而言，持有一定数量的有价证券，一方面能为企业带来较好的经济收益，另一方面又能保持并增加企业资产的流动性，降低企业的财务风险。但对医院而言，

由于受管理体制和传统管理理念的束缚，一般尚不具备这方面的意识，所以这部分资产所占医院流动资产的比例很小，在医院财务管理工作实践中一般也不容易引起关注。

（3）应收及预付款

应收及预付款是指医院在医疗业务活动开展过程中应收而未收的或预先支付的款项，包括医疗应收款、其他应收款和预付货款等。随着我国社会主义市场经济的快速发展和医院在市场中买方与卖方市场地位的不断转换，预付货款在医院资产总额中所占的比例非常低，而医疗应收款在医院资产总额中所占的比例不断加大，并呈快速增长之势。

（4）存货

存货是指医院在医疗业务活动开展过程中直接或间接耗用的各种材料物资。主要包括药品、各种医疗材料、化学试剂、包装物、五金材料、被服用品、各种敷料和办公用品等。对于绝大多数医院而言，存货占医院流动资产的比重一般都比较大，在医院资产管理工作实践中具有举足轻重的地位。所以，如何加强存货的管理与控制，使医院存货始终保持在一个最优的水平上，便成为医院财务管理工作的一项重要内容。

2．医院流动资产的特点

医院流动资产与其他各经济组织的流动资产一样具有投资回收时间短、变现能力强、具体占用形态经常发生变动、发生次数比较频繁等特点。除此之外，医院流动资产还有与一般公司企业流动资产相比更为显著的一个特点就是其变现能力要比一般公司企业的流动资产更强，而且更为直接。

目前，医院与患者之间医疗费用结算大多采取的是实时对称结算方式，而且其中的绝大多数还直接以现金或支票转账方式结算，即使部分医保患者的医疗费用结算方式采取了由医疗保险机构第三方付费的形式，但付款结算的时滞期也比较短，所以，医院流动资产的回收周期很短，而且一般不存在大量且时间较长的应收账款。

医院流动资产的这一显著特点，决定了医院在流动资产管理上要特别重视调度和控制好医院实际持有现金的数量。因为持有现金数量过多，难免会影响到医院资金的使用效益。

3．医院流动资产管理的主要内容

（1）现金

现金是医院所有资产中流动性最强的资产，拥有足够的现金对降低医院财务风险、增强医院资产的流动性及支付力具有十分重要的意义。

医院现金管理的内容主要包括以下三个方面。

① 科学编制现金收支计划，以便科学调度医院营运资金，在确保医院正常运转资金需要的前提下，尽可能地提高医院资金使用效益；

② 对医院日常现金收支进行控制，力求加速收款，迟延付款；

③ 从医院全局的高度规划医院现金收支，努力确保其收支对称，同时前瞻性地谋划当医院现金出现支付困难时的应对策略预案，譬如短期融资方式与期限的确定、合作伙伴选择等。

医院现金管理在医院财务管理工作中具有举足轻重的地位，同时医院现金管理水平的高低也可以折射出医院财务管理水平的高低。在医院现金管理工作中，有以下几个关键环节必须紧紧抓住。

首先是现金收支计划的编制。现金收支计划是预计未来一定时期医院现金的收支状况，并进行现金平衡的计划，它是医院财务管理的一个重要工具。现金收支计划的编制方法有很多，一般采取表格的形式进行编制，不同的方法采用不同的计划表格形式。但无论采取哪一种表格形式进行编制，都必须将医院现金收支计划与医院部门年度经费预算结合起来进行，这样可以不至于使医院现金收支计划与医院部门经费预算之间出现较大的脱节。

其次是现金收入与现金支出各环节的有效控制。医院现金收入主要集中在医院的门急诊收费处和住院收费处。医院门急诊收费处窗口一般比较多，也比较分散，而且从事收费工作的人员层次参差不齐，业务水平有高有低，加之现代计算机技术在医院收费工作中的普及与应用，使医院门急诊收费工作各环节有效监控的难度不断加大。尤其是在医院门急诊退费和出院退费的环节尤其需要加强监控，如果稍有疏忽，就会给医院造成难以估量的损失和影响。

再次是必须遵守国家规定的库存现金使用范围。在使用库存现金进行具体结算方面从严控制，除对个人支出及医院结算起点以下的零星支出可以使用库存现金结算外，其他所有支出，非特殊原因应全部通过银行转账方式进行结算。医院超库存限额的现金，应及时送存银行，由银行进行统一管理。最后，规范登记医院现金日记账和银行存款日记账，并加强银行存款日记账的月末对账工作，实事求是地编制银行未达账项调节表。现金日记账和银行存款日记账是医院资金收支明细的重要原始记录，尤其是银行存款日记账必须按银行入账和出账单据逐笔详细记录，不得捆绑登记；月末银行对账工作由银行存款日记账记账人员以外的会计人员担任，并制作银行未达账项调节表，银行出纳员不得身兼记账对账两项工作。

对于医院现金资产，管理的具体内容非常多，也非常宽泛，虽然现代计算机信息技术在某些环节简化了传统现金管理的内容，譬如工资奖金由过去的手工清点直接分发改为由银行统一代发等，但无论是管理的数量，还是管理的难度，都非过去可同日而语。

（2）短期投资

医院持有库存现金虽然可以保持较好的流动性，但库存现金量不仅受到库存限额的限制，也受到安全等因素的制约，所以医院库存现金不可能保留太多，更何况库存现金不可能给医院带来任何收益。

医院银行存款虽然可以为医院带来一定的利息收入，但银行活期存款利息一般都比较低。因此，当医院拥有较多闲置不用的现金时，适当可以考虑将其投资于国库券、大额定期存单和与银行间的协议存款等，这样不仅可以保持医院资产具有较高的流动性，还有效地提高了医院资产的收益率。

随着证券市场的快速发展，成功的证券投资可以极大地提高医院资产收益率，但鉴于医院从事证券投资方面人才的匮乏及证券市场的高风险性，为确保医院国有资产的安全完整，不宜将暂时闲置的资金涉足于风险较大的公司债券和股票市场。虽然高风险伴随着高收益，

但作为医院财务管理工作者还是应当以稳为先，即便将闲置现金投向上述低风险的大额定期存单和协议存款等业务，也必须履行规范的程序，谨防违规操作而给医院带来损失。

（3）应收款项

应收账款是医院流动资产的一个重要组成部分。在过去高度集中的计划经济体制下，应收账款在医院流动资产总额中所占的比重不大，也不是医院财务部门关注的重点。改革开放以后，尤其是近年来，随着社会主义市场经济的快速发展，各种商业信用的推行，社会上公司企业间应收账款明显增多。但由于医院在市场中具有强势的优越地位，所以医院应收账款从总体上讲不是很大，更多的表现还是集中在患者的医疗欠费上。虽然作为第三方付费主体的社会医疗保险机构与医院之间有一些应收账款存在，但一般也就只是一个相对固定的付款时滞期而已，真正形成应收的量不是很大。

患者医疗欠费形成的医疗应收款，近几年有加速上涨的态势。导致这种局面出现的原因一方面是因为医院自身存在着医疗过失，患者不满意治疗结果与医院间产生医疗纠纷所致；另一方面是因为社会保险覆盖面的不足，患者负担不起或不愿负担过高的医药费而刻意欠费所致。但不容回避的是，由于患者欠费而形成的医院应收医疗款日益增多已逐渐成为一种趋势，相应的医院应收医疗款的管理也已经成为医院流动资产管理的一个日益紧迫的课题。

4.2.3 医院固定资产管理

1．医院固定资产的概念及分类

（1）医院固定资产的概念

根据《医院财务制度规定》，医院固定资产是指一般设备单位价值在 500 元以上，专业设备单位价值在 800 元以上，使用期限在一年以上，并在使用过程中基本保持原有物质形态的资产。单位价值虽未达到规定标准，但耐用时间在一年以上的大批同类物资，也应作为固定资产进行管理。

（2）医院固定资产的分类

医院固定资产一般分为五类：房屋及建筑物、专业设备、一般设备、图书和其他固定资产。

2．医院固定资产管理的主要内容

为了提高医院固定资产的使用效率，保护医院固定资产的安全完整，必须做好固定资产的日常管理工作。固定资产的日常管理主要包括以下几个方面[1]。

（1）固定资产初始价值的确认

医院固定资产从来源上讲，主要包括购入、改扩建、融资租赁、接受捐赠、无偿调拨、

1 赵宜珍．医院财务管理研究与实践[M]．北京：中国财政经济出版社，2008

盘盈等。无论哪种来源，只要是增加了医院固定资产，都必须在取得所有权后将其及时纳入医院固定资产进行统一管理。对于固定资产原始价值的确认，一般按医院为取得该项固定资产所实际支付的成本进行计量，但有些诸如捐赠、无偿调拨和盘盈等类型的固定资产一般按重置价值、评估价值等确认计量。可以说此环节管理的重点就是正确处理各类固定资产初始价值确认问题。

（2）固定资产的部门归口管理

医院固定资产种类复杂，数量较大，固定资产的使用涉及医院内部的多个科室和部门。根据规定医院应设置专门的管理机构和人员对固定资产进行管理，应建立各职能部门、临床医技科室在固定资产管理方面的责任制，实行固定资产的分级归口管理。

医院固定资产实行分级归口管理，就是在医院财务部门的统一协调下，按照医院固定资产类别，由医院内部各部门负责归口管理，同时按各类固定资产的使用地点，由各科室、各内部单位负责具体管理，条件许可的情况下可进一步落实到班组和个人。

（3）建立“三账一卡”的固定资产管理制度

固定资产卡片是以每一个独立的固定资产项目为对象设立的卡片式明细账。卡片主要内容涵盖了固定资产名称、类别、编号、预计使用年限、原始价值等信息。在固定资产使用过程中，凡有固定资产大修理、内部转移和停止使用等事项，都在卡片中进行详细登记。固定资产报废或调出时，还需登记有关调出和报废的日期、原因及相关信息，并注销卡片。

（4）固定资产折旧的提取

固定资产折旧是指固定资产因磨损而转移到产品中去的那部分价值，提取折旧是为了维持再生产的需要。管好、用好固定资产折旧，对于保证固定资产顺利更新，充分发挥固定资产使用效率具有十分重要的意义。医院固定资产折旧提取方式不同于一般企业，它是按医院固定资产账面价值的一定比率提取修购基金代替提取折旧，用于固定资产的更新和大型修缮。

（5）固定资产使用中的维护、清理报废和转让

每隔一定时间需要对固定资产进行保养和维护，以尽可能地延长固定资产使用寿命；固定资产使用期限届满，或使用期限未满但已无法继续使用需要报废时，一般需要履行一定的审批程序，大型精密贵重设备、仪器报废或转让还需经有关技术部门进行鉴定，以防资产流失。

3. 医院固定资产管理中存在的问题

在固定资产管理上绝大多数医院虽然按照上述管理内容进行了管理，但在实际工作实践中，在固定资产管理上还是出现了一些问题，主要表现在以下几个方面。

（1）固定资产购置存在盲目性，缺乏可行性论证及效益分析

由于国家的财政拨款不足，医院药品的加成率从 2007 年开始又加以控制，这样，医院药品盈利减少，医院收支的不平衡导致医院行为的扭曲，以仪器检查收入来弥补支出的缺口

成为医院生存的主要渠道。各医院竞相购买新设备、进口设备和高精尖设备，有些单位对重大项目的投资缺乏可行性论证及效益分析，凭着主观臆想和应急要求盲目购置，结果导致购进的设备使用率低下，甚至闲置，造成资金的极大浪费。

（2）固定资产管理制度不健全、相关人员责任不明，管理职责不到位

医院的固定资产管理混乱，缺乏一个统一的管理部门，财务科管总账、管金额，后勤服务中心管房屋、家具用具，器械科管医疗设备。各部门没有明细账或明细账不健全，没有专人负责管理此项工作，也没有建立固定资产卡片，只是派人兼管，各个领用科室无责任人管理资产，没有收发、维修、报废记录。固定资产也不定期清查，造成了账卡、账账、账实不符。

（3）固定资产核算方法不完善，固定资产账面价值失真

按照现行医院会计制度规定，固定资产采用历史成本法计价，不计提折旧。医院资产负债表上固定资产项目的金额只反映原值，未能反映固定资产使用过程中的实际消耗，造成账面价值和实际价值的严重背离，无从体现固定资产的使用状况和新旧程度，不利于报表使用者了解固定资产的真实状况。医院的固定资产随着不断购买，余额越来越大，与之相适应的老化程度也越来越高，却不能在账面上得到客观、及时的反映，不利于主管部门的监控、管理、评价。医疗设备大多属高新科技设备，更新淘汰快，医院固定资产管理核算中却没有相应的加速折旧及资产减值准备，造成账面固定资产严重失真。

4.2.4 医院无形资产管理

1．无形资产的主要内容

无形资产是指可长期使用而不具备实物形态、但能为使用者提供某种权利的资产。无形资产没有物质实体，但具有经济价值，使单位获得收益。主要包括冠名权、医疗信誉、医院特色、专利及专有技术、综合性无形资产等。无形资产应同时具备三个条件：不存在实物形态；在较长时期（1 年以上）内使用单位拥有较高的获利能利；价值比较大。

与固定资产相比较，无形资产具有以下特点。

（1）无形资产具有不确定性

无形资产对单位效益的影响，是潜在的、间接的，其效益的多少具有不确定性，可能很大，也可能是零。

（2）无形资产的用途具有唯一性

无形资产只能在某一产品或服务身上起作用，如果这种产品或服务不再生产，其使用价值和价值也就不存在了。

（3）无形资产的使用权具有共享性

无形资产的使用权可能被几个单位同时拥有。

（4）无形资产一般可在较长时期内发挥作用

无形资产一经取得或形成，就为单位长期拥有，而且可在较长时间内发挥作用[1]。

2．医院无形资产的核算

医院无形资产的核算主要有以下三个方面的内容。

首先是医院无形资产取得的主要途径：一是医院自行开发并依法申请取得各种无形资产。按依法取得时发生的注册费、聘请律师等支出计价入账，在开发过程中发生的研究开发费用计入管理费用。二是医院购入的无形资产按实际支付价款入账，购入过程中发生的相关费用计入管理费用。三是接受捐赠或其他单位投资转入。按照捐赠方或投资方提供的资料或同类无形资产评估价值计价。

其次是无形资产转让和投资的核算。无形资产必须按照有关规定进行资产评估，其转让方式有两种：一是转让其所有权。对医院来讲，表明对无形资产不再拥有使用、收益、处分的权利。医院转让无形资产所获得的收入，应作为其他收入处理，无形资产转让成本记入其他支出账户。二是转让其使用权。医院保留对无形资产的所有权，对它仍拥有占有、使用、收益、处分的权利。转让无形资产使用权的收入同样作为医院的其他收入处理，仍将其作为医院资产进行核算，保留其账面价值，不得在账上转销。

最后是无形资产摊销的管理。对于摊销年限，出于谨慎性原则的考虑，我国会计制度执行的是法律和合同孰短原则或 10 年原则。由于无形资产的期限取决于多种因素，如技术和工艺的时效性、预计使用情况、所依赖的其他资产的使用年限等，10 年原则过于绝对，缺乏灵活性。其摊销可借鉴《国际会计准则》的规定：根据不同情况可采用直线法、递减余额法和生产总量法。

4.3　医院的筹资管理

4.3.1　医院筹资概述

筹资，顾名思义即为企业筹集所需资金的财务行为。企业筹资的基本目的是为了满足自身正常的生产经营与发展的需要。在筹资活动过程中，企业必须对影响筹资活动的各种因素进行分析，并遵循一定的筹资原则。只有这样，才能提高筹资效率、降低筹资风险与筹资成本，并最终实现筹资目标[2]。

任何一个医疗机构，为了保证业务活动的正常进行，必须持有一定数量的资金。资金筹集既是医疗机构开展经营活动，进行投资的基础和前提，又是这些活动能够更大规模进行的保证。所以，筹资的数量与结构直接影响医疗机构的效益，进而影响其收益分配。有效筹资是防范财务风险的重要手段，首先，要合理确定医院发展资金需要量。其次，正确选择筹资

1 郝爽．浅谈医院无形资产管理[J]．中外医疗，2009(9)：94

2 冯建兰，刘静萍．试析筹资管理及筹资风险控制[J]．内蒙古电大学刊，2008(11)：20～21

渠道与方式，力求降低资本成本。无论选用哪一种渠道或方式进行筹资，都要付出相应的筹资用资等成本代价，因此要综合分析考虑各种渠道和方式的优劣，研究各种资金来源的构成，选出最佳的渠道和方式，以降低综合资金成本。最后，资金的筹资与投放相结合，提高资金使用效益。筹资是为了投资，在大多数情况下，首先要确定有利的投资方向，安排明确的资金用途。在资金筹措中要防止那种把资金筹集同资金投放割裂开来的做法。

4.3.2 医院资金筹集的目的和原则

医院资金筹集的最终目的为维持正常经营、扩大经营规模、进行科研创新、加强竞争力。医院资金的筹集应坚持方式合法、风险最小、成本最低、规模适当、确保偿还的原则。

这就要求医院在筹集资金时，不仅需要从数量上满足医院资金需要，而且要考虑各种资金的筹集方式给医院带来的成本和财务风险，以便选择最佳的资金筹集方式。

（1）分析医院经营情况，合理预测资金需求量

医院资金需求量往往是不断变化的，医院财务人员要认真分析医院的经营状况，采用一定的方法，预测资金的需求数量。医院要视具体情况做出不同的资金筹集决策，既要避免因资金筹集不足影响医院经营的正常运行，又要防止资金筹集过多，造成资金闲置。

（2）合理安排资金的筹集时间，适时取得所需资金同等数量的资金

资金在不同时点上具有不同的价值，医院要根据资金需求的具体情况，适时取得资金。这样既避免筹集资金过早形成资金投放前的闲置，又能防止取得资金的滞后，错过资金投放的最佳时机。

（3）了解资金筹集的渠道和资金市场

资金的来源渠道和资金市场，为医院提供了资金的来源和资金的筹集场所，它反映了资金的分布和供求关系，决定着资金筹集的难易程度。不同来源的资金对医院的收益和成本有不同的影响，因此，医院应认真研究资金筹集的渠道和资本市场的情况，合理选择资金来源。

（4）研究各种资金的筹集方式，选择最佳资金结构

在确定资金的筹集数量、资金的筹集时间及资金来源的基础上，医院在筹集资金时还必须认真研究各种资金的筹集方式。医院筹集资金必定要付出一定的代价，不同资金的筹集方式条件下的资金成本有高有低。为此，就需要对各种资金的筹集方式进行分析、对比，选择经济、可行的资金的筹集方式[1]。

4.3.3 医院资金需要量的预测

1．医院资金需要量预测的原则

（1）连续性原则

经济变量通常遵循连续性的发展规律，即在经济业务经营活动的环境不发生重大变化的

1 贾卓霞，张少萍，李凤芹．医院资金筹集管理的探讨[J]．齐鲁医学，2009，24（2）：82

条件下，经营业务本身保持各种惯性。理财活动也不例外。

（2）相关性原则

在财务活动中，影响医院资金运动的各种因素之间存在一定的相互依存、相互制约的因果关系。进行资金需要量的预测，必须搞清与资金需要量有关的因素。

（3）统计规律性原则

财务活动中，对某个财务指标所做的一次观察结果往往是随机的，但连续多次的观察结果就具有一定的统计规律性。

2．医院资金需要量预测的方法

医疗机构在筹资之前，应当采用科学的方法预测资金需要量，只有这样，才能使筹集来的资金既能满足经营的需要，又不会有太多的闲置。预测资金需要量的常用方法有以下两种。

（1）定性预测法

定性预测法也称判断预测法。主要利用直观的资料，依靠个人的经验和主观分析、判断能力对未来资金的需要量做出预测。这种方法一般是在医疗机构缺乏完备准确的历史资料的情况下采用，参加人应是具有一定理论知识和综合判断能力的专家和专业人员。

（2）定量预测法

定性预测法是一种十分有用的方法，但它不能解释资金需要量与有关因素之间的数量关系，这就需要采用定量预测法，常用的定量预测法有比率预测法和线性回归法。

4.3.4　医院权益资金与负债资金的筹集

权益资金也称自有资金，它是投资者向经营单位投入的且经营单位生产经营所需的各种资产，其出资方式可能是现金、厂房、机器设备、材料物资、运输工具、土地、无形资产等。其筹资方式主要有吸收直接投资和发行股票。

另外，我们可以在资产负债表中清楚地看出，经营单位的负债资金有长期和短期之分，其目的是要满足不同的资产对资金的需求。长期负债资金的筹资方式有发行债券、长期借款、融资租赁等；短期负债资金的筹集方式主要是短期银行借款、商业信用等。

4.4　医院财务预算管理

医院预算管理已经成为医疗行业讨论的热点问题，但是在整个医疗行业财务管理中，讨论最多的是预算问题，做得最不到位的也是预算问题。无论是医院、企业，还是高校，预算管理始终是财务管理的重要内容，在财务管理系统中占有重要的地位。在新出台的医改方案中，在关于公立医院财务管理的 30 个字“进一步完善财务、会计管理制度，严格预算管理，加强财务监管和运行监督”的表述当中，预算管理是医院财务管理中唯一提到的内容，可见预算管理在新医改后医院财务管理中的重要性和特殊性。现就如何应对新医疗体制改革，谈

谈探索和建立医院预算管理的新思路[1]。

4.4.1 医院财务预算编制原则

根据医院业务自身的特点，医院预算编制必须遵循以下原则。

（1）综合预算原则

医院所有收入及安排的各项支出均应纳入综合财务预算。全院应统一编制、统一管理、统一安排预算内外资金和其他收支。

（2）积极稳妥原则

要充分考虑政府财力情况、当年医院收支增减情况和医院历年资金结余情况，加强财务风险控制，做到积极稳妥，争取收支平衡。

（3）权责对等原则

预算编制应当按照医院内部经济活动的责任权限进行，做到职责明确，责任到人。

（4）统筹兼顾原则

在医院财力许可的情况下，财务预算要确保医院的人员经费支出、维持运营支出和重点项目支出，要加强对预算金额相对较大或重点预算项目的绩效评估。

（5）细化预算原则

国家对医院预算编制要求具体编制到“目”级科目，但医院对各职能部门预算编制的要求应该控制到“项目”[2]。

4.4.2 医院财务预算编制的依据

医院编制财务预算前的基础工作应当是先编制业务预算、资本预算和筹资预算。按照各单位所承担的医疗服务业务的类型及其责任权限的不同，财务预算编制的形式也不同。

第一，业务预算是反映预算期内医院可能形成现金收付的医疗服务的预算。业务预算主要由医疗收入预算、医疗成本预算、采购预算以及各种期内预算构成。

第二，资本预算是医院在预算期内进行资本性投资活动的预算，主要包括固定资产投资、权益性资本投资和债券投资预算。由于目前权益性资本投资和债券投资并不多见，因此医院最主要的资本投资是固定资产投资。固定资产投资预算是医院在预算期内构建、改建、扩建和更新固定资产时进行资本投资的预算，应当根据医院有关投资决策资料和年度固定资产投资计划编制。

第三，筹资预算是医院在预算期内需要新借入的长短借款以及权益性融资。其中权益性融资在民营企业中较为常见，并且随着医疗机构的改革，这一融资方式逐步也会在公立医院

1 高勇．实施全面预算管理，促进医院管理水平的提升[J]．中国医疗前沿，2008（19）：37～38

2 厉永灏．浅谈医院财务预算的编制[J]．卫生经济研究，2006（3）：52

中出现。

4.4.3　医院预算管理组织体系

预算组织是预算机制运行的基础环境，预算目标的实现必须建立在完善的预算组织的基础上。医院预算管理组织体系应包括:

（1）预算管理委员会

预算管理委员会是医院内部负责审议、确定预算目标、预算政策和程序审定、下达正式预算，根据需要调整或修订预算，收集、研究、分析有关预算执行的业绩报告，制定相关控制政策和奖惩制度，仲裁有关预算冲突等的全面负责预算管理的专门机构。对于预算委员会的人员组成，应坚持权威、全面代表和效率原则。

（2）预算编制机构

预算资料是由各相关部门提供的，但编制预算需要有专业技能，需要对各项预算进行协调、平衡，要将医院总预算分解为责任预算等，因此正式预算的编制一般以财务部门总负责为宜，同时吸纳有关临床、医技与职能部门主要负责人员参加。

（3）预算监督机构

预算监督是指对各项预算执行主体的具体执行情况进行监控。由于各预算执行主体性质各异、对象分散、范围较广、环节甚多，因此要采用一级管一级的办法来实施监控，不必设立专门机构。运用这种模式，可将监督渗透于预算管理的各个环节，贯穿于预算执行的整个过程，很好地体现预算管理的全程性的特点。整个监控过程要将责任目标与员工自身利益捆绑在一起，同时抓住医疗收入、成本、医疗质量等几项关键要素来展开。

4.4.4　部门预算管理

部门预算通俗地讲就是一个部门一个预算。推行部门预算对提高医院管理水平，加强财务监控，降低医院经营成本，有积极的作用。进入 WTO 后，市场经济越来越发展的今天，医院业务收入风险因素及诸多不确定因素越来越多。因此，在医院管理理念中引入部门预算管理显得十分重要。

医院部门预算包括：收入和支出预算，专项资金预算，基本建设预算。部门预算的作用如下：

① 通过编制预算，使许多潜在的困难尽可能地事先预见，从而防患于未然，帮助医院改善未来的业务策略，降低医疗风险。

② 使用预算可以提醒医院管理者考虑在新的市场环境中可能产生的收入、成本和结余。依据新的情况所做的预算作为评价管理业绩的标准，更能反映医院财务管理的水平。

③ 能加强医院内部各部门之间相互协调和沟通。通过预算可以促使各部门不仅考虑本部门的工作目标，还要考虑其他各部门与整个医院总体间方方面面的关系；通过预算可以使

每个部门、每个员工知道自己在一系列配套计划中的工作目标，可以促进医院各部门间相互协调与沟通，从而提高医院的工作效率。

④ 通过部门预算，主管部门加强系统管理，集中资金调度，协调医院间的发展，制定系统预算管理政策，比较符合现代医院管理的服务理念。

4.5 医院审计管理

医院审计涉及的政策性强、业务量大、范围广、资料多，较之一般行政事业单位情况复杂。要做好医院审计工作，应把握以下重点内容：一是审查医院制度的健全性和有效性。医院有药品、医疗器械、医用耗材、后勤物资的采购、保管及领用等大量的经济活动。若这些经常性的活动没有制度约束或制度不健全，就会给违法活动提供可乘之机。二是审查收费情况。医院收费直接关系到人民群众的切身利益。当前，国家对药品加价收费和医疗收费项目、标准虽做了明确具体的规定，管理也非常严格，但从审计情况来看，超标准收费、已取消的项目收费、重复收费等乱收费行为依然存在。三是审查基建投资项目和大的维修工程。近几年来，一些医院为了拓宽发展空间，改扩建项目较多，维修工程频繁，无计划、超计划投资时有发生，部分工程、设备购置也未按规定履行招投标和政府采购手续。四是注重内查外调工作。目前我国市场经济有待进一步完善，有些经销商为了占有更多的市场份额，往往不择手段，向医院或医院负责采购的有关人员提供各种形式的回扣或变相优惠。因此，审计要注意发现医院或医院工作人员收取回扣，隐瞒转移收入，甚至接受贿赂等违法违纪问题的线索。

4.5.1 医院管理审计的特点、内容和方法

1．医院管理审计的特点

医院管理审计是医院审计发展的新阶段与新趋势。它是医院内部审计组织按照特定的程序和方法，以被审计部门的管理活动为主要审计对象，指出现有和潜在的薄弱点，提出改进意见；以改善管理素质，提高医院内部经营管理的效益和效率为目标。医院管理审计是医院内部审计发展的方向，相对于医院财会业务审计来说，是一种更高层次的审计。

2．医院管理审计的内容和方法

（1）与医院决策、计划职能相关的管理审计

一是院一级领导层制定的医院未来发展模式、近期目标和长远目标是否连贯；各项目标是否制订了具体的实施措施与步骤；计划的编制是否与医院的发展相适应；财力承受的可行性；与之相关的各项决策是否被医护人员所理解、支持。对此可以采用抽样调查法，以无署名调查表的形式，获取医院不同类别、不同层次职工的意见，进行汇总、分析及评价。

二是卫生人才引进计划是否与医院发展目标一致，是否符合重点学科、特色专科建设的

需要，是否有利于有关专业优化组合，形成合理的人才梯队和结构。对计划扶持的重点专科，人员、设备、资金等方面的配置是否合理，相关决策是否有助于重点专科的发展，能否满足社会的需求。这方面审计可以采用回顾性调查方法，通过对重点专科门诊、住院工作完成情况、医护人员及病床的工作负荷状况、疾病构成动态变化、科研课题进展等进行调查分析，发现问题提出建议。

三是院设备购置计划有没有进行购置前的可行性论，是否经过有关部门科室的讨论；招标采购过程是否遵循国家有关法律的规定，是否本着公开、公平、公正和信用的原则，通过竞争为医院引进质优价廉的设备。这方面审计主要采用净现值法、现值指数法、内含报酬率法和国收期法对投资决策可行性论证并进行评价，以及对新技术的先进性是否得到充分发挥进行效益分析。

（2）与领导、组织职能相关的管理审计

一是医院内部机构、科室的设置是否合理，能否满足突发医疗事件的需要；对一切可重复性的医疗及相关活动是否纳入制度化管理；各种工作流程和技术操作规程是否正规化，对医疗活动是否依据公认的标准实施管理。

二是医院内部各部门、科室之间职责是否明确，各级领导是否称职，上下级关系是否协调；医院内部信息交流是否及时，上级下达的指令是否能顺利贯彻执行；对发生的各种问题是否能及时处理。这部分的审计可以采用流程图法对医院内部之间产生的各类信息进行分析评价。

（3）与控制、激励职能有关的管理审计

一是医院制订的内部控制制度是否全面，是否能够根据现代医院发展的需要及时调整完善，有没有监督和约束机制对整个医疗服务运行过程进行质量控制，以保证医疗安全。

二是医院是否有一个完善的人才选拔机制和评价标准，是否做到人尽其才，才尽其用，是否做到开拓型人才与稳健型人才相结合；管理人才与技术人员的配置是否适应现代化医院管理的需要。奖惩机制是否合理、科学、规范；实行竞争上岗，推行全员聘用制操作规程是否公平、公开、公正，真正体现优胜劣汰；分配制度是否向优秀人才和关键岗位倾斜，医护人员收入是否与岗位责任轻重、技术劳动复杂性、承担风险程度及工作量大小挂钩。审计可以用定性与定量相结合的综合评价方法实行审查与评价。

总之，现代医院经营管理的出发点是要突出“以人为本”、“以患者为中心”的理念，把患者的需求放在首位，以患者的满意度作为判别医疗服务质量的准则。因此，现代医院管理审计一定要把“以患者为中心”的指导原则贯彻于实际工作的全过程，在未来的医院经营管理中，不断完善、丰富、发展、创新现代医院管理审计的理论与方法体系。

4.5.2　医院审计的职能

（1）经济鉴证职能

随着社会主义市场经济的逐步建立，医院一方面要实行改革开放，提高经济效益；另一

方面，在经济活动中又要按国家的有关法规、政策办事。如一个医院的经济运行情况怎样，经济效益如何，经济活动是否符合国家的有关法规和政策，有无违规违纪等，都需要一个较权威的机构对其进行审查，并给予公证。医院审计正是通过对医院经济活动情况进行调查、研究、分析，来确定医院经济情况的好坏，确定经济活动的合理性、合法性。医院经济情况只有通过审计以后，才能被社会公认。

（2）经济监督职能

医院审计的经济监督职能包括：预算执行情况的监督，收入支出的监督，经济效益的监督，财产物资管理的监督，货币资金的监督，会计核算资料真实性、准确性的监督，经济活动合法性的监督。

（3）指导职能

指导职能是指医院审计在对医院经济活动进行审核检查以后，提出整改意见，指导医院搞好经济管理。在审计工作中，整改意见的提出一般是以审计报告的形式来完成。

4.5.3 医院审计的主要内容和作用

1．医院审计的主要内容

（1）有利于深化卫生改革

随着卫生改革的不断深入，医院一般都采取了较灵活的经营管理模式，如租赁经营、股份经营、中外合资经营等。医院审计可以监督这些经济管理模式的运行，保证各项经济合同的实现。同时，在深化卫生改革中，对于防腐倡廉，维护国家利益，也起着重要的作用。

（2）有利于医院加强经济管理

医院审计可以揭露矛盾，找出存在的问题，使医院抓住经济管理的薄弱环节，制定措施，提高经济管理水平。

（3）监督医院认真执行国家法律、法规

医院审计可促进医院依法办事，杜绝有禁不止、有章不循的情况。

2．医院审计的作用

（1）审查监督

审查监督包括：审查预算及计划完成情况，审查基建预算决算情况，审查固定资产和流动资产管理情况，审查监督收入支出的合理合法性，审查监督医院各项管理制度的建立与执行情况，审查监督会计核算资料的真实性、准确性。

（2）评估与论证

对医院经营活动所产生的经济效益与社会效益，以及合资合作经营等所产生的经济效益与社会效益进行评估与论证。

（3）配合上级审计机关、国家审计机关进行工作

医院审计是一种内部审计制度。它除了搞好内审以外，还必须做好两项工作，一是贯彻

执行上级审计机关、国家审计机关的有关政策；二是配合上级审计机关、国家审计机关进行专项审计、重点审计。

4.6　医院财务分析

4.6.1　财务分析的意义和内容

财务分析以医院财务报告及其他相关资料为主要依据，对医院财务状况和经营成果进行评价和剖析，反映医院在运营过程中的利弊得失、发展趋势，从而为改进医院财务管理工作和优化经济决策提供重要的财务信息。财务分析既是已完成财务活动的总结，又是财务预测的前提，在财务管理的循环中起着承上启下的作用。做好财务分析具有重要意义：

① 财务分析是评价财务状况、衡量经营业绩的重要依据。

② 财务分析是挖掘潜力、改进工作，实现理财目标的重要手段。

③ 财务分析是合理实施投资决策的重要步骤。

通过医院财务分析，决策者能够清楚地了解和评价医院过去和现在的财务信息，发现医院运营存在的薄弱环节。从而为医院经济管理决策提供依据。现行《医院财务制度》规定：医院财务分析评价的主要内容有财务状况分析、医院结余情况分析、医院经济效益分析及其他分析。

财务状况分析主要是以资产负债表为依据，对医院所拥有的资产总量及其结构、负债总量及其结构以及所有者权益进行分析，以揭示医院所面临的财务风险。主要通过计算速动比率、流动比率及资产负债率等指标，进行横向和纵向的比较，可以表明医院的变现能力、偿债能力和资金周转能力，从而为医院资产配置结构及筹、投资决策提供依据。医院结余情况分析主要是以收入支出表为依据，对医院报告期经营业绩进行评价。通过计算业务收入结余率、医疗收入成本率和药品收入结余率。可以有助于使用者评价医院的盈利能力和水平，判断医院的未来发展趋势，做出经济决策。医院经济效益分析是以资产负债表、收入支出表和其他财务资料为依据，对医院报告期经济管理水平、资产利用水平等进行评价。通过计算职工平均业务收入、资产周转率、资产收益率、管理费用占总费用百分比及药品收入占医药收入的比重等指标，再与行业指标相比较，可以表明医院经济管理水平、资产利用效率及医院收入结构合理性，从而为医院内部制度改革、资产配置及为政府医疗改革决策提供依据。除了上述分析外，还有医院现金流量分析及其他相关指标分析。

4.6.2　现行医院财务分析中的不足

（1）风险意识方面

医院只有引入市场竞争机制，实现优胜劣汰，建立自我发展的新机制财务制度，才能得到高效的发展。计划经济下，医院的各项事业基本由国家包办，财政是主要的资金供应者，

造成财务管理人员风险意识淡薄。

（2）全面成本核算方面

医院现行的成本核算只是分奖金、算物价的办法。未能采用全面成本管理法。

（3）投资决策分析方面

计划经济下，在事业单位发展的规模、项目、资金的具体运用等方面，单位缺乏必要的自主权，也不承担多少责任，一人或几人说了算，强调社会效益，不讲经济效益。

4.6.3 财务分析的方法

财务分析的方法主要包括趋势分析法、比率分析法、因素分析法和差额分析法。

（1）趋势分析法

趋势分析是指通过比较医院连续数期的会计报表，了解医院经营成果与财务状况的变化趋势，并以此来预测企业未来经营成果与财务状况。一般来说，趋势分析主要应用于会计报表的横向比较法和纵向比较法。

① 横向比较法。又称水平分析法，是在比较会计报表中用金额、百分比的形式，对每个项目的本期或多期的金额与其基期的金额进行比较分析，编制出横向比较会计报表，以观察企业财务状况与经营成果的变化趋势。

② 纵向比较法。又称垂直分析法，是将常规的会计报表换算成结构百分比形式的报表，然后将本期和前一期或前几期的结构百分比报表汇编在一起，逐项比较，查明各特定项目在不同年度所占比重的变化情况，以进一步判断企业经营成果与财务状况的发展趋势。

（2）比率分析法

比率分析法是把某些彼此存在关联的项目加以对比，计算出比率，据以确定经济活动变动程度的分析方法。比率是相对数，采用这种方法，能够把某些条件下的不可比指标变为可以比较的指标，以利于进行分析。比率指标主要有以下三类：

① 构成比率。又称结构比率，它是某项经济指标的各个组成部分与总体的比率，反映部分与总体的关系。

② 效率比率。它是某项经济活动中所费与所得的比率，反映投入与产出的关系。

③ 相关比率。它是以某个项目和与其有关但又不同的项目加以对比所得的比率，反映有关经济活动的相互关系。

（3）因素分析法

因素分析法又称因素替代法、连环替代法，它是用来确定几个相互联系的因素对分析对象——综合财务指标或经济指标影响程度的一种分析方法。采用这种方法的出发点在于，当有若干因素对分析对象发生影响作用时，假定其他各个因素都无变化，顺序确定每一个因素单独变化所产生的影响。

（4）差额分析法

差额分析法是因素分析法的一种简化形式，它是利用各个因素的实际数与基准或目标值之间的差额，来计算各个因素对总括指标变动的影响程度。

本章参考文献

1．李信春，王晓钟．医院成本核算[M]．人民军医出版社，2005

2．周文贞，秦永方，陈瑛．医院成本核算[M]．中国经济出版社，2002

3．兰启聪．传统财务预算与全面预算管理[J]．市场现代化，2005（11）：31～32

4．董立友，黄龙梅．三级预算在医院经营管理中的实践与作用[J]．中国医院管理，2005（11）：52～53

5．库兰．医院采用零基预算法编制预算势在必行[J]．中国卫生经济，1999（10）：25～26

6．李玉珠．浅谈医院预算管理[J]．价格月刊，2006（11）：47～48

7．李永梅．企业全面预算的编制程序[J]．会计之友，2004（12）：57～59

8．曾令源．加强全面预算管理，提高医院经济效益[J]．集团经济研究，2005（4）：179～180

9．张铎．非营利性医院零基预算[J]．军医进修学院学报，2004，25（3）：187～189

10．孙海芬，杜书伟．以成本控制为核心加强医院预算管理[J]．中国卫生经济，2007，26（12）：58～59

第 5 章　医院营销管理

5.1　医院营销管理概论

5.1.1　医院营销管理的概念

营销多指市场营销，是指个人和集体通过创造、提供出售、并与别人自由交换产品和价值，以获得其所需所欲之物的一种社会和管理过程。营销作为一种企业职能，通过识别顾客的需要和期望，确定提供服务，并设计产品、服务和项目，以满足市场的需求。

医院营销就是医院以满足就医顾客生理、心理以及精神的各方面需求为出发点，决定适当的服务项目、价格、促销、渠道、过程，科学规范地实施医院的各种技术与管理，以比竞争者更有利、更有效地向目标就医顾客提供所期待满足的东西，实现医院目标的活动和管理过程。医院营销的概念，体现出需要、欲望和需求，产品和服务，效用价值和满意度等几个核心思想。医院提供的医疗服务是一种特殊商品，它以设施、设备及无形的技术劳动向病人提供各种医疗保健服务。广义的医疗服务作为产品应当包含三个层次：核心医疗服务、形式医疗服务、附加医疗服务。

5.1.2　医院营销管理的主要内容

医院营销部门应在现代市场营销观念指导下，开展营销管理的一系列工作，这些工作主要包括以下几个方面。

1．营销分析

对营销互动的管理始于医院内部情况和经营环境的全面分析。医院必须设立市场营销部或服务营销部等市场营销部门，了解整个市场的竞争情况，熟知哪些医疗服务项目是患者急需的，哪些医疗服务项目可能是患者在未来需要的，竞争者是否也在提供与本医院相同的医疗服务项目。医院必须充分分析市场和营销环境，找到有吸引力的销售机会，同时避开环境中的威胁因素，另外，还要分析医院自身的优势和劣势，临床部门才可能合理地组织医疗服务项目的提供。

2．制订营销计划

营销计划是医院战略工作中的重要职能之一，有助于医院战略总目标的实现，营销计划

作为市场营销活动方案的具体描述，规定了医院各项营销活动的任务、策略、目标和具体措施，使医院的市场营销工作按照既定的计划有条不紊、循序渐进地不断开展，从而最大限度地避免了营销活动的混乱和盲目性。制订营销计划主要包括以下几项活动：

（1）分析医院营销现状

制订营销计划的第一步是说明目标市场和医院在市场中的地位。计划制订者必须对自身实力和弱点、营销环境、分销渠道现状、销售额和营销费用等进行充分分析，并进行销售预测。另外，还需分析说明各个主要销售渠道的销售趋势和发展，这是医院编制市场营销计划的基础。

（2）把握威胁和机会

通过对医疗市场营销环境的分析，预测产品可能面对的主要威胁和机会，以预计会对医院产生影响的重要发展趋势。

（3）明确目标和问题

在充分了解医疗市场环境、把握医疗市场机会的前提下，结合医院自身条件和竞争实力，选择目标市场。

（4）提出营销战略

计划制订人员在分析机会和威胁的基础上，针对一定营销目标，列出主要营销战略举措和“行动计划”来实现目标。

（5）制订行动计划

营销战略必须转变为具体的行动计划或操作计划来说明：做什么？何时做？如何做？由谁负责做？费用是多少？

（6）编制预算

基于营销行动计划，负责人可以编制一个营销预算，它实际上是一个计划盈亏报表。

（7）提出控制要求

制订营销计划时，还要考虑到计划实施如何进行控制，制订用来监督营销过程的程序。

3．营销控制

在实施医院营销计划的过程中会有许多意外情况发生，为了保证医院营销的目标得以实现，就必须持续地对营销的全过程实施有效的控制。营销控制，是指医院营销管理部门采取一定的措施对医疗市场营销活动加以限制，使其与营销计划相一致，以保证医院营销目标的实现。营销控制包括估计营销战略和计划的业绩，发现偏差，并采取纠正措施以保证实现目标。控制过程中，医院管理部门先设定具体的营销目标，然后衡量医院在市场中的业绩，并估计希望业绩和实际业绩之间存在差异的原因。最后，医院管理部门采取正确的行动，以此弥补目标与业绩之间的差距。这可能要求修改行动计划，甚至改变目标。

医院营销控制在组织的战略层面、经营层面和操作层面展开。

（1）战略控制

战略控制是指查看医院的基本战略是否很好地与其机会相匹配。营销战略和计划会很快过时，因此，每个医院都需要定期评估各项策略。以保证它与外部环境协调的发展。营销审计是营销战略控制的有效工具。所谓营销审计是一种整体的、系统的、独立的和定期的对营销环境、目标、战略进行定期检查，发现问题，改进营销计划，提高营销效益的方法。医院营销审计主要包括以下六个方面：

① 营销环境审计。包括医疗市场、患者、竞争者和其他影响因素的检查分析。

② 营销策略审计。包括医院营销目标、战略、以及当前与预期的营销环境相似程度的分析审查。

③ 营销组织审计。包括营销组织在预期环境中实施组织战略能力的审查。

④ 营销系统审计。包括医院收集信息、制订计划、控制营销活动的过程审查。

⑤ 营销效率审计。包括各营销单位的获利能力和各项营销活动成本效率的审查。

⑥ 营销职能审计。包括营销组织的每个因素，如产品、定价、渠道和促销等策略的审查。

（2）经营控制

经营控制是根据医院年度计划检查当前业绩，并在必要时采取纠正措施。其目的是保证医院实现在年度计划中制订的销售、利润及其他目标。它还可以确定不同产品、地区、市场和渠道的获利能力。

（3）操作控制

操作层面的控制主要是针对营销活动中的具体行动，是否按计划进行，效果如何，当发现偏差时如何纠正。

4．营销绩效评估

医院营销活动的效果如何，直接关系到医院营销目标的实现，因此，有必要对医院营销活动的各个方面进行绩效评估。营销绩效评估的意义在于：可以发现哪些营销方案是有效的，哪些营销方法效果不大甚至无效，从面对整个营销工作的思路以及实施计划等进行调整，为医院的后续营销活动指明正确的方向。医院在对营销绩效进行评估时，要保证评估的公正性和权威性，同时必须贯彻综合评估的原则，既要考虑营销活动带来的经济效益，又要评估社会效益；既要评估成本控制，更要评估质量保证等。主要从市场占有情况、技术与质量情况、患者满意度和广告等方面评估医院营销。营销评估的方法有：

（1）关键绩效法

医院营销的关键绩效评估方法是从整个营销活动中找出数个关键目标作为评估指标，然后再对这些关键指标进行具体设置、取样、研究分析，以判断整个营销活动的绩效。关键绩效法可以使营销部门和医院其他部门明确自己的主要职责并以此为基础，明确部门员工的业绩衡量指标，加之有效的激励，可大大提高营销绩效。

（2）内部员工评估法

医院营销的绩效如何，可以通过内部员工评估，这种评估方法既省时又节约费用。内部员工评估法可以采取召开员工座谈会，对主要员工进行个别访问，组织全院员工进行问卷调查等。这些方法既可单独使用，也可综合应用。在实践中，一般应综合应用各种方法，这样的评估结果才比较全面、真实和可靠。

（3）社会公众评估法

邀请社会公众对医院的营销绩效进行评估也是一种常用的方法。这种评估方法的目的是站在“局外人”的角度，对实施了一系列营销措施的医院在技术、质量、服务等各个方面的变化进行综合性的评价，以考察营销活动的效果。

（4）委托专业公司评估法

委托专业公司评估的好处在于专业公司具有较强的综合实力，评估方法应用全面，分析技术先进，评估结果一般比较客观、公正，同时医院也不必投入过多的人力和精力。其缺点是评估费用较高。

5.2　我国医院营销环境分析

5.2.1　宏观环境分析

医院营销宏观环境包括人口环境、经济环境、科学技术环境和政治社会环境等。一切营销组织都处于这些宏观环境因素之中，不可避免地受其影响和制约。医院只有不断加强对其认识、研究和分析，确立适应环境的对策，才能使企业不断发展成长。

（1）人口环境分析

市场营销第一个环境因素就是人口。市场是由具有购买欲望和购买能力的人构成的，营销活动的最终对象也是人。人口的多少直接决定市场潜在容量，而人口的分布、规模与增长率，人口的年龄结构、教育程度、家庭结构、地区特征与人口迁移等都会对市场需求的格局产生深刻的影响。我国是世界人口最多的国家，同时也是人口老化速度最快的国家之一。到 2025 年，我国老年人口系数将为 17.63%，将成为世界上人口最老龄化的国家之一，老年人口是医疗保健服务需求量最大的人群，老年人口比例的增加势必会带来整个市场需求结构的变化。改革开放后，我国的三大人群数量增多：城市化人口增多，外国人增多，流动人口增多。人口地理分布极不平衡，农业人口比例大，这些趋势给医院营销创造了有利的宏观环境，并且随着中国的继续发展，这样的趋势还将继续增强。

（2）经济环境分析

影响医院市场营销活动的经济环境是指医院与外部环境的经济联系。市场由有购买能力的人口构成，而社会购买力受宏观经济环境制约，是经济环境的反映，它取决于现有的收入、价格、储蓄及贷款情况。营销人员的各种营销活动都以经济环境为背景，能否适时地依据经

济环境进行市场决策，是营销活动成败的关键。我国仍属于发展中国家，国家虽然用于卫生事业的经费逐年增加，但仍低于世界卫生组织规定的平均水平。人们能向医院投入的资金，对多数人来说已经是心有余而力不足，他们只能在不得不投入时才开支。显然，此时的资金是极有限的。

我国社会医疗保险体系不健全，尤其是农村，富余劳动力约达 1.5 亿，加上城市中下岗人口不断增加，社会分配的差距日趋加大。城乡中有相当一部分人缺少资金，这也会大大制约在医疗方面的支出。另外，受世界经济危机的波及，中国人民的医疗消费更是受到一定影响。

（3）科学技术环境分析

科学技术是生产力，是最强大的生产力，是影响人类前途和命运的最大的力量。技术的进步对市场营销的影响，更是直接而显著。随着中国加入 WTO，先进的医疗技术得到了进一步的提高，国内及国外的科研成果将得到更进一步应用；伴随竞争的加剧，各医院将大胆进行技术改造，依托高精尖设备开展技术创新。在知识密集性医疗行业，医疗技术的不断创新是医院今后业务发展的核心。

（4）政治社会环境分析

市场经济是法制经济，包括营销活动在内的所有医院行为都必然受到政治与法律环境的强制和约束。国家政局、国家政治体制、经济管理体制及相关的法令、法规、方针政策等对医院运作存在着或多或少关联的要素。随着卫生体制改革的不断深入，对医院组织的注册、经营、税收、管理将出台一系列的法律文件，以此来规范医疗组织的行为。同时国外医疗服务行业的进入也将对中国医院产生强烈的冲击。在国外，医疗服务行业已经是具有较高利润的产业，国内及国外医疗组织的竞争必然加剧，有限的医疗服务市场的争夺必将白热化，尤其是争夺高收入阶层的消费者等。

5.2.2 微观环境分析

为目标市场创造有吸引力的产品和服务，这是每个公司营销管理的基本任务。它的成功与否，除了自身因素外，还会受到医院的其他部门、中间商、竞争对手和公众的影响。医院的营销管理者不能只注意目标市场的需求，也要考虑微观环境中的其他成员。

（1）供应商、营销中介分析

供应商是医院的整体顾客价值交付系统的重要环节。医院属于服务性行业，其产品主要以医疗服务为主，体现在医疗服务和技术上，因此对物质资源需求的依赖性不是很强；同时医院的物资供应商（药品、医疗器械、耗材供应商及其他物资设备供应商等）较早就进入了市场，目前均已变成买方市场，它们对医院的发展起着推动和促进作用。在现阶段，我国医院未形成医疗集团，医疗服务直接面对病人，因此不存在营销中间商。

（2）顾客分析

顾客就是市场，是医院进行营销活动的出发点和归宿。医院对市场掌握的程度，是医院营销成败的关键。改革开放以来，中国的卫生事业有了很大发展。但是目前卫生医疗保健市场供求仍不平衡，在供给结构、供给方式、供给质量等方面仍存在缺陷，卫生保健的消费需求严重滞后。由于长期计划经济体制形成的固有模式，卫生被理所当然地认为应由政府提供，造成投资渠道单一、供给不足。据调查，居民储蓄准备用于卫生保健的支出占 8%。特别是一些富裕家庭的医疗卫生保健服务已不单单是生存资料，而已成为延年益寿、健康幸福的发展及享受资料了。医院应当抓住机遇占领市场份额，从市场营销角度多层次、多方位开发、引导、满足潜在的需求。可见，我国卫生保健依然是“卖方市场”，这是推动卫生市场化、产业化、社会化的重要依据，也是医院积极拓展卫生市场的最佳时机。

（3）竞争分析

医院在对目标市场进行营销活动的过程中，不可避免要遇到竞争者的挑战。改革开放以来，我国卫生事业得到了快速发展。目前公立医疗机构已初具规模，卫生服务体系基本形成。虽然允许私立医院的存在，但由于受计划经济的影响，医疗卫生行业仍实行国家总体控制政策，公立医院仍然占绝对优势，营利性医院的发展具有广阔的空间。

（4）公众分析

医院的营销环境也包括公众。公众是对医院实现其目标具有兴趣和影响的任何组织。由于医疗服务业长期以来是作为公益事业发展，福利性已经在老百姓的心目中根深蒂固。一旦医疗服务业实行市场化经营，很多人在思想上必然不能接受。但是，随着医疗产业化的不断深入、营利性医院以病人为中心的营销模式的建立、营利性医院全方位服务体系的建立，在不久的将来，医疗行业市场化经营将受到公众的欢迎。

5.3　医院营销管理过程分析

现代市场营销的核心主要包括市场分析、市场细分、目标市场和营销组合四个部分。医院首先需要从整体市场中找出主要的细分市场，选定其中的一个或几个作为目标市场，并制订相应的产品计划和营销计划，使之适合每个选定细分市场的需要，使营销更具有针对性，也更有效。

5.3.1　市场分析

改革开放以来，医院发展面临前所未有的激烈的市场竞争环境，要确立和发展竞争优势，需要医院管理者对自己提供的医疗服务与竞争对手进行比较，常用的分析方法是 SWOT 模式。

SWOT 分析是在医院进行市场定位之前，对医院现有资源进行全面分析的一种非常适用的模式。S 是指 superior，即医院优势，它是指医院在进行市场细分之后，根据医院自身情况

和对竞争者的分析，确定医院在同类竞争市场的竞争优势。W 即 weakness，是指医院的劣势，医院要想进入某一个细分市场，不但要分析到自己的优势，更应理性地分析自己在同类竞争医院中的劣势。只有全面地分析了自己的实力，才能做到心中有数，才能制订正确的营销策略。O 是指 opportunity，具体指医院在某一竞争市场中的机会。所谓“机会”，是指医院在某一竞争市场中尚未发现的潜在需求或者说是有利于医院经营的客观环境的出现，在这种情况下，医院如果能很好地利用这些机会，会为医院发展带来无限的机遇。最后，T 即 threaten，是指威胁，具体来讲，是指在医院现有的竞争市场中，有新的竞争对手的进入，或原有的市场份额被竞争对手所抢占，或是出现了对本医院活动非常不利的情况等，都有可能威胁到医院的生存和发展。对于医院来说，现有的经营环境改变，新的医院的不断设立，新的治疗技术的不断出现，都有可能成为医院经营的威胁。

（1）医院优势分析

医院优势是指在一定的区域内或者是在一定的竞争市场范围内，本医院与竞争对手相比较，在某些方面有其他医院不可相比、不可模仿的独特能力。医院优势的形成有很多主客观方面的原因。从客观方面来讲，比如地理位置、管理体制、行政隶属关系等；从主观方面来讲，有人员素质、技术水平、服务质量以及管理能力等。下面就举例来分析政府公立医院和民营医院的优势。

首先分析政府公立医院的优势。在国家有关医疗机构实行分类管理的政策出台以前，我国的医院是以政府的公立医院为主体。从目前全国各地医疗机构登记注册的情况来看，仍然是以政府举办的非营利性医院为主，所以，直到今天，公立医院在我国医疗服务市场中的主导地位依然没有多大的改变，依然是我国医疗服务提供的主体力量。由于公立医院有了半个多世纪的发展历程，所以，与其竞争对手相比，它的优势突出表现在政府举办的非营利性医院享受同级政府给予的财政补助（包括医院开办和发展建设支出、临床重点学科研究以及职工基本养老保险制度建立以前的离退休人员费用等），可享受相应的税收优惠政策等国家宏观政策的扶助和扶持。这种医院的规模都比较大，基础设施建设、医疗设备配置与就医环境都比较好，一般都是当地医疗、科研、预防、保健和康复的中心，同时也是国家城镇职工基本医疗保险的定点医疗机构，无论从哪一个角度讲，在当地都有其绝对优势。由于过去计划经济体制下人事制度的特殊性，这些医院都聚集了一大批优秀的高素质人才，从现在的情况来看，公立医院所拥有的人才数量和质量都是其他医院所不可比拟的。公立医院在社会上有着很高的知名度，其公众形象一时还很难改变，其无形资产具有很大的价值。这无疑有助于公立医院的竞争、改革和发展。

其次分析民营医院的优势。民营医院产权或为独资或为合资或为股份制形式，有着清晰的产权和法人结构。医院所有者按照市场规律和私企管理的利益最大化模式去建院和管理。因此，他们的机构设置更精炼，结构更合理，人员少，效率高，有效地防止了机构重叠、相互推诿、办事拖拉的现象。在经营方式上，与公立医院相比，民营医院受行政干预较少，更加关注市场，能够紧紧围绕社会和患者需要，调整自己的战略方向和服务形式。此外，医院

可根据实际服务成本和市场供求情况自主定价，特别是一些高新医疗技术和特需服务方面，更容易获得市场竞争的主动权。民营医院的优势尤其体现在服务上，公立医院“三长一短”（即挂号排队长，诊疗等候长，付费时间长，看病时间短）的现象在民营医院没有了，取而代之的是人性化、个性化服务。导医为患者提供全程就诊服务，宾馆式的服务待遇让看病成为一种享受，这种温馨服务使民营医院先人一招。

（2）医院劣势分析

医院劣势是指医院在整个行业中，与其他竞争对手相比所存在的缺陷与不足。它表现在医院体制、设备、资金、技术、服务等各个方面，下面依然以公立医院和民营医院与中外合资医院为例分析各自的劣势。

首先分析公立医院的劣势。由于长期以来受计划经济体制的影响，我国公立医院在适应市场经济体制建立的过程中，突出地表现出产权制度不清晰，国家与医院职工责权不明确。医院管理体制僵化，医院只是简单地执行政府行政部门的指令，类似行政事业单位的“痕迹”过重，未能以一个真正的法人实体进入市场参加竞争。政府行政部门对医院干预过多，国家要求的卫生实行全行业管理推行起来有一定的难度，医院的自主权不落实，医院的适应市场过程自然也就举步维艰。医院人事分配制度改革进展缓慢，缺乏有效的激励机制和约束机制，员工的积极性不高，人才外流现象严重。随着人才争夺战的白热化，留住人才、用好人才将成为公立医院的重要管理课题。医院行政部门和后勤保障部门的人员数量均十分庞大，医院的运行成本相当高，在一定程度上影响和制约了医院的进一步改革与发展。所有这些，都是公立医院的劣势，如不锐意创新、加大改革的力度，将会直接影响到医院的生存与发展。

其次分析民营医院的劣势。医院在起始阶段投入很大，医院投资者急切盼望提高社会知名度，尽快收回投资成本，扩大业务范围等。然而，医院由于其高技术和高风险性，需要长期的投入才能得到回报。特别是办院初期，医疗收入的节余，既要付息还贷，又要设法再投入，改善医疗条件，根本无资金回报，在当前激烈的医疗市场竞争中处于不利地位。有的民营医院为了回收成本甚至进行所谓的资本运作，片面追求经济效益、夸大医疗效果、甚至蓄意编造医疗广告、精心包装伪专家坑害患者，损毁了民营医院的声誉，并使得那些诚信守法的民营医院也深受其累，造成了整个民营医疗行业的诚信危机。

为了尽快取得经济回报，多数民营医院对人才重使用，轻培训。对周期较长的人才培训更缺乏积极性，多采取聘请公立医院离退休的高职称人员作为专家队伍，招聘刚毕业学生作为基础人员。年轻的刚毕业的多，退休返聘的多，形成民营医院卫技人员队伍“两头大、中间小”的现象。民营医院难以留住真正的骨干人才成了不争的事实，公立医院集中了高水平的专业人员和技术，这是民营医院在短期内望尘莫及的。

与公立医院相比，民营医院除了不能享受政府财政补贴，还需像工商企业一样要交纳5.5%的营业税和 33%企业所得税，再加上教育费附加等，各种税费通常占到民营医院收入的8%左右。再加上根据相关政策规定，民营营利性医院不能纳入医保定点范围，失去了医保这一块大蛋糕，民营医院的经济负担更加凸显。尽管有着良好的发展前景，但民营医院与公立

医院的竞争并不是站在同一起跑线上，尤其是税收政策已成为制约民营医院发展壮大的主要瓶颈。

（3）医院市场机会分析

市场机会，是指对医院市场营销管理具有吸引力的领域。在该领域，医院将可以获得更多的营销成果，现将政府公立医院和民营医院各自的市场机会分析如下。

首先分析公立医院的市场机会。公立医院都是政府建立的非营利性单位，它的目的是满足广大人民群众的基本医疗需求，这就保证了公立医院拥有其他医院所不可比拟的患者资源。加上公立医院长期在人民心目中所形成的良好形象，可以说，公立医院通过认真分析这些患者资源的情况，充分利用病源广泛这一有利机会，想办法开展一些有特色的服务项目或技术，是可以大大提高医院的社会效益和经济效益的。而且由于公立医院拥有先进的医疗技术，高素质的人才，特别是一些大型公立医院还有着良好的国际合作，因此凭借其技术实力去占领医疗市场的高新技术领域，还是有很大的市场机会的。同时，国家也明文规定，政府举办的非营利性医院也可以开展少部分的营利性医疗项目，这一规定也为公立医院进一步拓展市场提供了机会。比如，现在有些公立医院开展的特优服务，虽然比普通的医疗服务项目收费高出了 3～5 倍，但是充分利用了其技术优势、专家优势和设备优势，满足了一些经济条件较好的患者的不同需要，这就是充分分析和利用了市场机会带来的效益。

其次分析民营医院的市场机会。最近，我国 11 个部委联合下发了《关于加快发展城市社区卫生服务的意见》，提出广泛动员全社会力量，“开门”办社区，鼓励社会力量包括民营医院参与社区卫生服务建设。在医保问题上，卫生行政部门渐渐向民营医院敞开了医保体制的大门。近期，上海市医保局就向两家民办营利性医疗机构试行医保购买医疗服务，政策的开放使民营医院看到了希望。

我国医疗消费需求的上升趋势将保持较长时间，市场需求将越来越大。同时群众不仅需要高水平的医疗技术，还需要人性化高质量的服务，这对以服务和经营见长的民营医院也带来了较大的发展机遇。民营医院的管理者已逐渐意识到，在医疗市场和产业日趋完善，消费者参与和体验逐渐深入，消费行为日趋理性的情况下，营销成为医院保持自身优势的重要一环。

医院分析市场机会，可以采用市场机会矩阵图来进行，如图 5-1 所示。

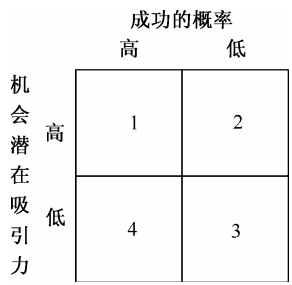


图5-1　市场机会矩阵图

市场机会矩阵图的横向表示成功的概率，纵向表示机会潜在的吸引力，即表示潜在盈利能力。图中四个方框分别表示不同的成功机会和潜在的盈利能力。

从图中可以看出，机会环境方格 1 区域中的成功的概率和潜在的盈利能力都很强，这是最佳的市场营销机会环境；机会环境方格 2 区域中的潜在盈利能力虽然强，但是成功的概率低；机会环境方格 3 区域成功的概率低，盈利能力也低，是医院应当回避的环境；机会环境方格 4 区域中的成功的概率高，而盈利能力小。如某医院在市场营销的环境中处于 1、3、4 这三种环境机会的情况下，这三种机会进行比较，显然机会 1 对企业最具有吸引力，是医院应抓住的主要机会。

（4）市场威胁分析

市场威胁，是指环境变化中一种不利的、消极的、有抵制作用的发展趋势所形成的挑战。如不采取果断的市场营销行动，这种不利趋势就会伤害到医院的市场地位。随着中国加入 WTO 和城镇医疗体制改革的深化，医疗机构之间的竞争会更加激烈，不论是政府公立医院，还是民营医院与中外合资医院，都面临以下的问题。

① 内部缺乏活力，官医作风仍盛行。在医疗机构内部，在上级任命制下产生的院长没有激励和制约机制。怎样在医疗服务中关心患者、尊重患者、服务患者，改变官医作风和浮躁的学风，是一个很大的课题。

② 缺乏市场头脑，不适应市场经济体制要求。在计划经济下，医院是由政府办的，是不是适应市场需求不用费心。如今，在市场经济条件下，医疗机构脱胎却未换骨。

③ 经营管理还未完全进入医院，医院经营者对管理理解偏颇，经营管理不光是财务算账，也包括市场的开拓。“医事管理”在医院还相当陌生，人才学科的建设比较盲目。

对于市场威胁，可按其威胁影响程度和威胁出现的可能性大小列成威胁分析矩阵进行分析，如图 5-2 所示。

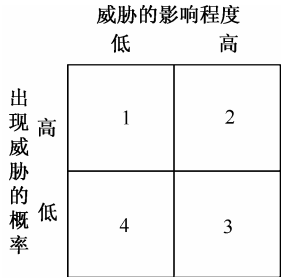


图5-2　环境威胁矩阵图

纵坐标表示出现威胁的概率，横坐标表示威胁的影响程度，即威胁出现后给医院带来的利益损失的大小。区域 1 表示威胁出现的概率高，但出现后对医院造成的损失少，因而医院的管理者应加以注意；区域 2 表示威胁出现的概率高，一旦出现，医院的利益损失也很大，因此应该引起特别注意；区域 3 表示威胁出现的概率低，但是出现后，会给医院带来巨大的

利益损失，一次也不可以掉以轻心；区域 4 表示威胁出现的概率低，而且，即使出现后，对医院造成的损失也小，是最佳的市场营销环境。

通过对医院的优势、劣势、机会与威胁的分析，医院可以准确找到其所面临的市场机会和环境威胁的位置，并且我们发现任何一种医院，都有其自身独特的优势和劣势。作为医院的管理者，必须对市场机会和环境威胁进行比较，明确医院的发展前景是机会占主导还是威胁占主导。把这两方面的分析结果重叠，就形成企业环境状况矩阵图，如图 5-3 所示。

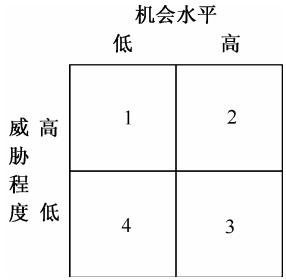


图5-3　企业环境状况矩阵图

图 5-3 中 1、2、3、4 分别代表“困难业务”、“冒险业务”、“理想业务”和“成熟业务”。医院管理者应把握环境变化的趋势，掌握机会、避开威胁、发挥优势和弥补劣势，着重关注“理想业务”，结合自身资源和组织使命，确定战略方向，并通过经营组合实现目标。

5.3.2　市场细分

医疗服务市场细分是指医院根据医疗市场中不同消费者医疗保健需求的特点、消费行为和消费习惯等，按照一定的标准，将市场分割为若干不同的患者群，每一个患者群就是一个细分市场。每一个医疗细分市场都是具有类似医疗需求倾向的患者构成的群体。市场细分运用的是求大同存小异的方法，它不是对医疗服务产品进行分类，而是对需求不同的患者的分类。

每个医院和医疗服务产品，都不能满足所有患者群的全部要求。一个医院或一种医疗服务产品，只能占领部分市场，满足部分类别患者群的医疗消费需求。受医院自身条件的限制，医院只能在针对患者群进行细分的基础上，才能满足患者的需求。通过市场细分，可以分析每一细分市场消费者的偏好，分析各种医疗保健服务项目满足消费者偏好的程度。凡是市场需求尚未得到满足或者满足度比较低的市场，都有可能成为医院的目标市场。市场细分有利于研究和掌握各种市场的特点，从而采取有针对性的经营策略占领某个特定的医疗服务市场。另外，市场细分能够帮助医院确定目标市场。

医疗市场细分是医院制订营销策略和选择适当目标市场的重要依据，也是顺利实现经营目标的保证。进行市场细分的关键是细分变量的选择。由于医疗卫生服务面对的是患者，是

为患者提供服务，所以与患者个体相关的因素是进行医疗市场细分化的一个十分重要的方面，常用来作为细分变量的患者特征有：年龄、性别、经济收入、职业、文化水平、宗教信仰、地理位置、消费水平等。医院在市场细分时，可以使用一种依据细分市场，也可以使用两种以上的依据综合地、系列地细分市场。

市场的细分只是一种手段而非目的，医院细分医疗市场的目的是为了更好地为某些就医者提供医疗服务。因此，医院应锁定某些细分医疗市场，将其作为主要目标市场。

5.3.3　目标市场

目标市场的选择，是指在医院市场细分的基础上，选择最有利于本医院的细分市场作为服务对象。市场细分的目的就是要确定目标市场。在市场细分的基础上，医院根据自身的资源和实力，结合其经营目标，确定医疗服务产品投放市场的活动，也就是确定目标市场。只有正确无误地确定了目标市场，医院方能制订并施展它的经营战略和策略。

1．医院目标市场的选择

一个医院不可能进入每个细分市场。它首先必须对各细分市场进行评估。在分析判断的基础上，选择最有利于本医院的细分市场作为服务对象，这样确定下来的被服务对象——消费者群（病人群），称为目标市场。通常目标市场选择的条件有如下几方面内容。

① 有足够的规模和潜在的需求。

② 具有一定的购买力或承受能力。

③ 医院在该市场具有不可比拟的竞争优势。

④ 竞争者尚未完全垄断市场。

⑤ 有利于医院发展的社会环境。

⑥ 医院有能力占领市场、满足市场需求。

医院目标市场的选择程序如图 5-4 所示，图中程序并不是固定不变的模式，医院可根据具体情况加以简化或丰富。

2．医院目标市场策略

医院在细分市场基础上选择目标市场，可以根据其自身的资源特点即医疗技术能力、服务能力、管理能力、医疗服务产品的特点、市场特点及竞争者市场策略来分别选择不同的市场策略，一般可应用以下目标市场策略。

（1）差异化市场策略

差异化市场策略是根据不同消费者（病人）的需求特点，对整体市场进行细分，然后针对每个细分市场的特点，分别设计不同的医疗服务产品，采用不同经营手段和策略，以满足每个消费者群（病人群）的具体需要。这一策略的优点是：该策略比无差异性市场策略更能适应病人的需要；扩大医院声誉，增强病人对医院的信任感；医院提供不同的医疗服务产品，

可满足不同病人的需求，从而在竞争激烈的市场环境中处于竞争优势。这一策略的缺点是：会导致投资增加，加大成本；由于品种多，数量少，服务繁杂，难以实现规模经济效益；同时也给医院经营管理带来困难，一旦不能满足病人群的需要，医院损失大。

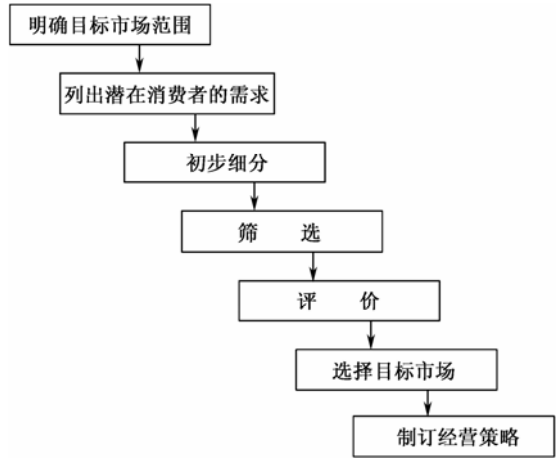


图5-4　目标市场选择程序

（2）无差异化策略

无差异化策略是指将整个市场作为医院的目标市场。即医院认为病人对医院的医疗服务具有共同需要，只需要有一种服务产品，因此，单经营组合就能满足整个市场需要。这一策略的优点：是可以大规模地提供基本一致的服务；可以节省市场调研和广告开支，成本低；对有技术垄断性的医疗服务产品，一旦创出牌子取得信誉，可以长期占领市场。但这一策略不适应市场需求多样化的趋势。

（3）集中化市场策略

集中化市场策略又称密集性市场策略，即在市场细分的基础上，医院选择一个或几个细分市场，作为自己的目标市场，然后集中全部人力、物力、财力、技术能力，争取在目标市场中有较高的占有率，使其比较容易在某一特定市场上拥有较高的市场占有率，在竞争中争得有利地位，获得较好的经济效益。这种策略适用于在较大的市场上缺乏竞争力的中小型医院，寻求在较大的细分市场进行渗透。有助于医院集中精力打攻坚战，在特定的市场上占优势。

3．医院选择目标市场策略影响因素

从前述的三种目标市场策略可以看出各种策略上各有利弊，现代医院不可能随心所欲地选择自己的经营策略，而应根据自身医院的资源特点、医疗服务产品特点和市场的具体情况而定。一般说来，选择目标市场策略，应考虑以下几个主要因素：

（1）医疗服务产品

医院可根据所开展的医疗服务项目特性而采取不同的市场策略。如果一个地方有几家医

院就要根据本医院的特长，采用差异性和密集性市场策略。各市县区的医院都是为本地提供基本医疗卫生服务，经营中宜采取无差异性和密集性市场策略。

（2）医院资源

医院资源又称医院实力。它是指医院的医疗技术能力、销售能力、服务能力和管理能力等。如果医院资源丰富、实力强，就可以采用差异性市场策略；如果实力不足、医院又小，宜采用密集性市场策略；如果医院医疗服务产品和市场需求大致相同，则可采用无差异市场策略。

（3）竞争者市场策略

医院采取哪种市场策略，往往视竞争者的策略而定，一般采取与之相抗衡的策略。如竞争对手实行无差异性市场策略，就应当针对有关细分市场采取差异性市场策略或密集性市场策略去占领几个有利的目标市场。这是一个博弈的过程，竞争对手的情况十分复杂，因此采取策略也必须慎重考虑，以免竞争对手转变策略时，使本医院陷入被动状态。

（4）市场

病人的需求比较接近，市场类似程度高，可采用无差异市场策略。反之宜采用差异性或密集性市场策略。

5.3.4　市场定位

市场定位是指产品定位策略，是医院市场营销活动的重要组成部分，关系到医疗产品的形象和医院的形象，进而关系到医院的长期生存和发展。定位的直接解释就是确定位置。在营销学中，定位实际上就是市场定位，其含义是根据竞争者在市场上所强有力地塑造出本医院医疗产品的重视程度、印象鲜明的个性或形象，从而使医疗产品在医疗市场上确定适当的位置。市场定位除了产品定位外，还应包括医院定位，即所谓的医院整体形象市场定位。

定位不是对产品本身，而是针对就医患者的心理采取行动。也就是说，要给产品在潜在就医患者的心目中确定一个适当的位置。市场定位实际上是心理效应，它产生的结果是就医患者如何认识一种产品。从市场的观点看医院的营销活动，医院的市场定位越来越重要。在激烈的市场竞争中，没有良好的医院形象，很难开拓新的医疗市场。医院定位的目的十分明确，就是要在患者头脑中建立医院的医疗产品形象和医院形象，要使患者一提到某种医疗产品，就能优先想到本医院。具体地说，定位就是赋予医疗产品一定的特色，树立一定的市场形象，以满足患者的某种需求。这种特色，可从多个方面表现出来，例如，医院的设施、医疗技术、医院的豪华装饰、家庭式的病房布置、医院的硬件条件和医务人员的热情服务等。

医院市场定位需要在对自身情况进行了全面的分析后，考虑以下几个因素进行：是否抓住了目标顾客需求的最重要特征，是否符合目标顾客的购买要求或服务需求；医院市场定位是否能充分显示和发挥自己的竞争优势；医院市场定位是否符合自身的竞争策略和实力。医院应当把患者注重和感兴趣的，而医院自身又有特色和差异性的方面找出来，并加强对服务

对象的宣传，这一过程实质上也就是定位的过程。

1．目标医疗市场定位

目标医疗市场是指医院对患者的特点以及对医疗服务的需求进行分析和判断后，决定选择最适合本医院的患者作为服务对象，这些被服务的对象，就是本医院的目标医疗市场。选择目标医疗市场的过程实质上就是医疗市场定位，其方法有：

（1）以特定的医疗服务特性来定位

一些新的医疗服务，由于其服务的某些特性往往是竞争对手无法涉及的，这种定位往往容易收到意想不到的效果。

（2）根据治疗方法定位

如对某一疾病，各个医院采取的都是大同小异的方法，如果本医院在这种疾病的治疗和诊断上开发或引进了一种新的技术或方法，并取得了良好的效果，也是为医疗服务创造定位的好方法。

（3）以特定的医疗服务消费者定位

医院常常试图把某些医疗服务指引给适当的人群，或某个分医疗市场，以便根据那个分医疗市场的特点创建起恰当的形象。例如，有的医疗机构专门叫“儿童医院”，就是根据医疗服务的对象来进行市场定位。这样的定位鲜明而有特色，容易与其他综合性医院区分，且更容易吸引目标患者。

（4）根据特定的医疗服务档次定位

许多医疗服务可以定位为与其相似的另一类的医疗服务档次，或强调与其同档次医疗服务并具有某方面的差异特点。

（5）对抗另一医院服务的定位

这一定位方法可在暗示另一医疗服务的不利特点基础上来定位，如某种治疗无痛苦从而减轻患者痛苦等。这种定位可以给本医院形成绝对的竞争优势，可以使竞争对手的服务对象纷纷转向本医院。

（6）根据本医院提供的医疗服务价格定位

现代人在巨大的工作和生活压力下，对自身的健康情况也越来越重视，人们就诊的频率也相对增加。但现代科学技术的发展，使医疗服务机构也不断地引进先进技术，这些高昂的成本，使医院的定价一般都比较高，因此出现了“有病没钱”的情况。所谓的“没钱”是指普通人无法负担高额的医疗费用。此时，医疗服务机构，应当根据自身情况进行科学的成本核算，在同类竞争对手中适当调低就诊价格，这样可能吸引更多的患者。

（7）根据医院所提供的医疗服务质量定位

这是与价格定位完全不同的一种定位方法。伴随着经济的发展和人民生活水平的不断提高，患者越来越重视医院的服务质量。如果一家医院的技术水平再好，而医护人员的态度让患者无法接受，那么这样的患者只能是“瞬间消费者”，他们在接触本医院医护人员的瞬间

就把这个医院否定了，治疗与否，对他们来说，已经没有任何实际意义了。

定位不是一成不变的，依据环境的变化、医院的变化，可以从一种定位转换成另一种定位。另外，许多医院的定位往往不止一个，而是多个定位综合使用，因为作为市场定位体现的医院或医疗产品形象，必须是多维的，是一个多侧面的立体。

2．市场定位程序

市场定位意味着通过突出服务产品的某种特色，使医院在竞争市场中开辟一个适当的位置。医院在确定自己的市场定位战略之前，应当遵循市场定位的基本程序：

① 对目标市场做更进一步的调查分析，把握每一部分目标市场患者对医疗服务产品的要求及其达到满足的程度。

② 对该市场的所有经营者做出客观的分析，在更狭窄的市场面中评价主要的竞争对手，确定自己的重点经营特色。

③ 由以上分析，制订有利于医院发展的具有特色的市场定位方案。

3．市场定位策略

在全面分析了本医院的医疗技术、医疗服务质量、本医院的医疗服务价格、目标市场服务对象的主要需求和特征之后，还要深刻地分析竞争对手的上述各经营要素。只有知己知彼，才能够百战不殆。具体而言，医院进行市场定位，在分析自己和他人的情况下，可有如下定位策略来选择。

（1）发掘策略

这种策略是指通过发掘医疗市场上未重叠的新细分市场来定位。当医院对竞争者的医疗市场位置、患者的实际需求和自己的医疗服务性质等进行评估和分析后，发现医疗市场存在新细分市场，并且医院发现自身的医疗服务难以满足该市场需求，或者发现这一空白市场比老的细分市场有发展潜力时，就可以采取发掘策略定位。

（2）市场主导策略

市场主导是反映拥有最大市场占有率，最受消费者偏爱的一类医院。这类医院为了占有或保住其在同行业中市场的领导地位，往往把本医院的整体形象定在消费者偏爱圈的中心，尽可能使患者对医院的形象和服务产品感兴趣，相信并忠诚于本医院及其服务产品，无论医院推出什么新的服务和产品，都能成为左右患者偏好和领导同行业服务产品发展趋势的力量。

实行这种策略，就应该尽可能保持本医院的特色，扩大本医院与其他医院的差异，以便在患者心目中树立良好的独特的形象。

（3）取代策略

取代策略就是把对方赶下现在的医疗市场位置，由本医院取而代之。采用这一策略定位，医院必须比竞争对手具有明显的优势，必须提供更优越于对方的医疗服务，使大多数患者乐于接受本医院的医疗服务而不愿接受竞争对手的医疗服务。

（4）跻身策略

当医院发现目标医疗市场竞争者众多，但是细加分析，发现该细分市场内医疗市场需求仍潜力巨大，而且医院也有条件适应这一细分市场环境，医院就可采用跻身策略，进入该细分市场，与众多竞争者竞争该医疗服务市场。

（5）市场跟随策略

市场跟随者是指在医疗市场上排名靠后的一类医院。这类医院从利润观念出发，不一定向市场引导者挑战，而是根据自身实力和情况，愿意屈居次位。它们跟随市场领导者开拓市场，模仿市场领导者的服务和产品以及各种策略，避免与其发生冲突。因此，市场跟随者的定位策略，就是同市场领导者保持类似的角色，又随时根据市场领导者的策略变化调整自身的特色，以期追随市场领导者的变化。

上面介绍的几种定位策略，并不是放之四海而皆准的，但毕竟为医院的市场营销提供了一种思路。医院应针对其目标医疗市场找出几个较重要的差异性，然而，当医院对其品质所拥有的利益推广得越多时，将越容易使人产生不信任感，而且也容易失去其清晰的定位形象；反之，也不合适。在医院市场营销中，市场定位是一项非常重要和关键的工作，如果定位不好，所有的营销工作就会前功尽弃，既耗费人力物力，又达不到应有的效果，因此，能否确定明确的目标市场和可行的定位策略，被认为是检验营销水平的“试金石”。

5.3.5 营销组合

所谓医疗服务营销组合，是为了满足目标市场的需要，医疗机构对自己可控制的各种市场营销因素（如医疗服务项目、价格、广告、服务网络建立等）进行最佳组合，综合性地发挥作用，完成和实现医疗机构的任务和目标。最流行的分类方法是把各种市场营销因素归纳为七大类，即产品、定价、渠道、促销、人文、有形展示和过程。

1．产品

产品是指提供给就医者用于满足其健康（或与健康相关）的欲望和需要的任何事物，包括实物、技术、药物等。医院服务包是指医院所提供的服务组合，该组合包含以下四个层次。

（1）核心医疗服务

核心医疗服务是病人到医院求医最需要得到的物质和服务的利益。例如患者到医院看病是为了诊断病情，寻找治疗方法，得到治疗，获得康复。这是医疗服务本质的效用和利益。

（2）形式医疗服务

形式医疗服务是病人需求的医疗服务实体和外在质量，向人们展示核心医疗服务的外在质量，能满足同类患者的不同需求。这包括了医疗服务的项目、技术水平、设备新旧、治疗质量与效果。

（3）附加医疗服务

附加医疗服务是各种附加利益的总和，是医院除核心医疗服务外附加上去的内容，它能

给病人带来更多的利益和更大的满足，也就是病人需求的医疗服务延伸部分与更广泛的医疗服务，如医学知识的介绍、病情咨询、服务承诺、就医环境、生活方便舒适度，等等。

（4）隐性服务

顾客能模糊感到服务带来的精神上的收获，是服务的非本质特性或非物质形态的服务，例如服务态度、服务气氛、等候感觉、安全性、方便性、合适感及地位象征等。

2．定价

定价策略是营销策略组合的一个重要方面，价格竞争也是最为常用的竞争手段。但由于医疗服务的公益性、福利性，它的价格一直受到政府的严格管制。在制定价格策略时要注意以下问题：

① 对于不同档次的病房与护理服务制定不同的价格；

② 对不同技术服务人员提供的医疗服务实行等级定价，即技术高的医务人员收取较高的诊查费；

③ 在降低大型医疗设备检查费的同时提高那些高技术含量、高风险、高难度的医疗服务的价格；

④ 正确处理好价格问题。

3．渠道

医疗服务营销渠道是指供给、分销和接受某一医院的医疗服务所有机构和个人。要特别强调本土化的人员和就医顾客政策，充分调动本地人员的积极性，建立有效的渠道。

渠道建设的形式有以下几种：

① 以市场拓展为基础。即以对外联络办（部）或市场部为主要形式。

② 以俱乐部成员为基础。医院对于患者的消费实行积分，按积分等级给予不同的价格优惠或服务优惠，称为频繁发展计划。

③ 以关系营销为基础。医护人员通过了解患者的身体状况和个人需求等，将医院服务个别化、私人化。

④ 以病种为基础。以某一系统病种为基础，通过网络，医院之间进行双向转诊。

⑤ 以内部营销为基础。有效地培训和激励直接与顾客接触的职员和所有辅助服务人员，使其通力合作，为顾客提供满意的服务。

4．促销

促销的本意是促进销售，但现在它的含义已远远超出了其促进销售的本身含义。现代营销学认为，促销通过广告、人员推销、公共关系、营业推广等促销手段的综合运用来和现实的消费者以及潜在的消费者进行广泛的相互沟通，培养品牌知名度和忠诚度，以达到实现长期的高市场占有率，从而利于组织的长远发展。对医院来说，医院整体形象的树立就是一个

创品牌、树品牌的过程，而这一工作的最终目标，则是培养长期忠诚的客户群，以期取得长期的利益。常用的促销手段主要有广告、人员推销、公共关系、营业推广等。

5．有形展示

有形展示是指在服务市场营销管理的范畴内，一切可传达服务特色及优点的有形组成部分。有形展示的作用包括以下几个方面：

① 通过感官刺激，让顾客感受到服务给自己带来的好处；

② 引导顾客对服务产品产生合理期望；

③ 影响顾客对服务产品的第一印象；

④ 促使顾客对服务质量产生“优质”的感觉。

6．人文

“人文”的范畴包括医务人员和就医顾客。医院的所有员工是医疗服务产品的一部分。因此，医院必须做好员工的挑选和培训工作，重视员工的合理要求，合理调配好临床一线队伍和后勤管理人员。客户关系管理的价值主要体现在以下几个方面：对医院的客户资源进行有效的管理和利用；合理地使用医院中与客户有关的资源；扩大医院的销售；降低医院的成本；为医院带来附加价值；实现医院对外平台的统一化。

7．过程

患者从进入医院开始，经历咨询、挂号、就诊、缴费、检查、取药等步骤，到最后离开医院的全过程即真实瞬间，是医院提供服务并与患者接触的过程，也是医院向患者展示自己服务质量的时机。因而应管理好患者就医的每一个环节和每一个方面，画出一个与患者接触的流程图，从患者来，到患者离开，研究每一个环节，保证把每一个环节、每一个方面都做到最好，使患者对医院有较高的满意度。

本章参考文献

1．曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003

2．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版社，2000

3．张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007

4．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007

5．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999

6．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

7．陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003

8．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

9．刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

10．哈罗德·孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998

11．许俊．构建现代医院市场营销体系[J]．中国卫生产业，2006（12）：83～84

12．庄一强，方敏．医院营销的现状与发展[J]．特别策划．2006（3）：9～11

13．汪慧．民营医院营销战略分析[J]．中国医院．2008，12（7）：72～73

第 6 章　医院信息管理

6.1　医院信息与医院信息管理概述

随着我国医疗卫生制度和医疗保障制度改革的不断深化，如何用最快捷的方式取得医院运行的各项指标，如何对医院人、财、物等资源进行科学的成本核算，怎样在医院内，甚至医院外实行信息交流、网上会诊、继续教育等一系列问题都摆在医院管理者以及每一位医护人员面前，医院信息化的要求从来没有像今天这样迫切，医院信息管理有了更新、更丰富的内容。

6.1.1　医院信息

信息（information）是系统诸要素中最基本的一个要素，任何一个组织要形成统一的意志、统一的步调，各要素之间必须能够准确快速地相互传递信息。医院是一个信息高度集中的单位，医院信息是医院关系系统主要素中最基本的一个要素，它是院内部各种事物及其特征的反映，是医院事物存在的方式和运动状态以及这种状态直接或间接的表述。

医院信息，一般是指医院医疗、护理、医学教育、医学研究、医学管理等各项工作中的各种数据、报表、资料和文件，包括与其有关的一切言语、文字、符号、声像、数据、图形、情报和资料。从方便管理与操作的角度可将医院信息划分为两大类，即医疗信息和管理信息。医疗信息包括患者信息、医疗统计信息、医技检查信息等。管理信息包括药品供应、设备库存、人事资源、财务管理、科教管理信息等。其中，医疗信息是医院信息的主要组成部分，一般认为，医院 80%的活动是与患者信息的获取、分析、处理和决策有关的。

医院信息是医院的基础性资源，是医院管理的基本内容之一。从管理过程的角度看，整个医院管理过程实际上就是信息的输入、输出和反馈的过程，医院信息也是医院管理的手段，没有信息的输入，医院人员无法进行诊疗和护理工作；没有信息的输出和反馈做依据，医院管理活动的计划和决策也无从展开；信息的流动也是协调医院内外部环境的纽带和桥梁，充分、合理利用信息为医院服务的能力是衡量医院管理水平和判断医院管理者素质的重要指标之一。

6.1.2　医院信息管理

医院信息管理就是要对医院管理及各项业务活动中的各种相关因素（包括人、信息、技术等）进行科学的计划、组织、控制和协调，实现医院信息资源的有效收集、存储、处理、

传递和应用的过程。

医院信息系统建设前，门诊流程一直沿袭传统模式：病人到医院—排队—挂号—候诊—就诊—候检—检查—诊断—处方—取药—治疗—离院。医院信息系统建设后，将门诊流程改造为：

① 患者第一次来院，在收费处通过“门诊 IC 卡管理系统”登记并领取一张 IC 卡，作为在本院挂号、交费、采样、治疗、查询等就医登记的工具，卡号是患者在本院就医的唯一身份。患者在 IC 卡中预存一定现金，金额以当天或近期就诊所需的估计费用为准，多存不限；如果是复诊患者，且 IC 卡中的费用估计足够本次就诊，则可以跳过“门诊 IC 卡管理系统”直接到相应的科室就诊。

② 门诊医生使用“门诊医生护士工作平台”接诊，用 IC 卡收取挂号费、诊疗费，并完成简单的门诊病历。在得到患者认同后向患者提交治疗方案，包括中西药品、检查、化验等，并从 IC 卡中扣除相应费用。

③ 患者到门诊药房，通过“门诊中药房管理系统”或“门诊西药房管理系统”，即可领取药品，同时从 IC 卡中扣除相应药品费用，如果患者不取药则不扣费。

④ 患者到达检查科室，影像、B 超等物理辅助诊断科室的医生已经通过“医技科室管理系统”，查看到门诊医生对患者的病情描述，他们对患者进行检查后，对检查所见进行描述，形成检查报告，同时从 IC 卡中扣除相应检查费用，如果患者不做检查则不扣费。

⑤ 患者到采样中心，采样人员通过“医技科室管理系统”，打印出相应的样本卷标，贴在采样器皿上，检验科收到标本即核对系统显示的患者信息并进行化验分析。

⑥ 患者到注射室，护士通过“门诊医生护士工作平台”，根据系统提示信息为病人备药治疗，并对治疗过程进行登记，同时从 IC 卡中扣除相应治疗费用，如果患者不做治疗则不扣费。

⑦ 患者 IC 卡中的金额如果不足以支付某项就诊费用，则先到收费处交费。收费处同时办理发票打印业务。就诊结束，可持卡到查询台查询当天的医疗费。

一个循环下来，患者的门诊信息完整地记录在医院信息系统中，院长、科室主任、医生、各环节操作人员以及患者本人，都可以通过“门诊病人费用查询系统”查询到各自所需要的信息[1]。

6.2　医院信息系统

6.2.1　概述

1．医院信息系统的定义

医院信息系统（Hospital Information System，HIS）在国际学术界已公认为新兴的医学信

1 董红卫，于晨光. 医院信息管理系统流程再造实践探索[J]. 卫生经济研究，2009（2）：46～48

息学（Medical Informatics）的重要分支。美国该领域的著名教授 Morris Collen 于 1988 年曾著文为医院信息系统下了如下定义：利用电子计算机和通信设备，为医院所属各部门提供病人诊疗信息（Patient Care Information）和行政管理信息（Administration Information）的收集（Collect）、存储（Store）、处理（Process）、提取（Retrieve）和数据交换（Communicate）的能力，并满足所有授权用户（Authorized）的功能需求。

医院信息系统的基本框架模式是采用计算机和网络通信设备，把医院的医疗信息和业务信息进行管理，进而在有条件的情况下，开发管理决策支持和医疗决策支持系统，帮助医院管理者和医务人员做出决策咨询。医院信息系统基本实现了对医院各个部门的信息进行收集、传输、加工、保存和维护。可以对大量的医院业务层的工作信息进行有效的处理。完成日常基本的医疗信息、经济信息和物资信息的统计和分析，并能够提供迅速变化的信息，为医院管理层提供及时的医院信息。医院信息系统的运用，是医院科学管理的重要标志。

一个完整的医院信息系统一般应包括面向管理信息的医院管理信息系统（Hospital Manage Information System，HMIS）和面向医疗信息的临床信息系统（Clinical Information System，CIS）。

医院管理信息系统提供信息以支持医院的计划、控制和操作。它提供既适应过去、也适应现在和将来的有关内部操作和外部情报的信息以帮助运行、管理和决策。它以实时方式提供一致的信息。HMIS 把从事务处理到医院环境（国家立法、卫生政策及国内外经济情况）中选出的数据浓缩、加工成为用于管理的信息。

临床信息系统的主要目标是支持医院医护人员的临床活动，收集和处理患者的临床医疗信息，丰富和积累临床医学知识，并提供临床咨询、辅助诊疗决策，提高医护人员的工作效率，为患者提供更多、更快、更好的服务。像医嘱处理系统、患者床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询系统等都属于CIS范围[1]。

2．医院信息系统的特点

医院信息系统属于迄今世界上现存的企业级（Enterprise）信息系统中最复杂的一类。这是由医院本身的目标、任务和性质决定的。它不仅要同其他所有管理系统一样追踪管理伴随人流、财流、物流所产生的管理信息，从而提高整个医院的运作效率，而且还要支持以病人医疗信息记录为中心的整个医疗、科学、科研活动。广义地说，医院管理信息系统是管理信息系统（MIS）在医院环境的具体应用。中华医院信息管理专业委员会李包罗主任认为，它必定具有以下一些与其他 MIS 系统共有的特性：

① 以数据库为核心，以网络为技术支撑环境，具有一定规模的计算机化的系统。

② 以经营业务为主线，以提高工作质量与效率和辅助决策为主要目的，可以提高综合管理水平，反映企业全貌，增强企业竞争能力，获得更多、更好的社会、经济效益的信息

1 李包罗，许燕. 医院信息系统简介[J]. 中国护理管理，2009，9（1）：77～79

系统。

③ 在系统内部按一定原则划分若干子系统（也可能在子系统之上加一层分系统），各子系统、分系统之间互有接口，可有效地进行信息交换，真正实现信息资源共享。

④ 处理的对象既有结构化数据，也有半结构化或非结构化数据。有些数据及结构会较多地受到人工干预和社会因素的影响，既有静态的，也有动态的。

⑤ 开发难度高，技术复杂，周期较长。

⑥ 具有完善的系统管理、监督、运行保障体系以及相应的规章制度和系统安全措施。

但是，医院信息系统同时拥有许多不同于一般 MIS 的独有的特点，这些特点往往为 HIS 的设计与实现带来更高的难度、更多的复杂性，可以归纳为：

① 在许多情况下，它需要极其迅速的响应速度和联机事务处理能力。当一个急诊病人入院抢救时，迅速、及时、准确地获得他的既往病史和医疗记录的重要性是显而易见的。当每天高峰时间门诊大厅中拥挤着成百上千名患者与家属，焦急地排队等待挂号、候诊、划价、交款、取药时，系统对联机事务处理的要求可以说不亚于任何银行窗口业务系统、机票预订与销售系统。

② 医疗信息复杂。病人信息是以多种数据类型表达出来的，不仅需要文字与数据，而且时常需要图形、图表、影像，等等。

③ 信息的安全、保密性要求高。病人医疗记录是一种拥有法律效力的文件，它不仅在医疗纠纷案件中，而且在许多其他法律程序中均会发挥重要作用，有关人事的、财务的，乃至病人的医疗信息均有严格的保密性要求。

④ 数据量大。任何一个病人的医疗记录都是一部不断增长着的、图文并茂的书，而一个大型综合性医院拥有上百万份病人的病案是常见的。

⑤ 缺乏医疗信息处理的标准。这是另一个突出导致医院信息系统开发复杂化的问题。目前医疗卫生界极少有医学信息表达、医院管理模式与信息系统模式的标准与规范。计算机专业人员在开发信息系统的过程中要花费极大精力去处理自己并不熟悉的领域的信息标准化问题，甚至要参与制定一些医院管理的模式与算法。医学知识表达的规范化，即如何把医学知识翻译成一种适合计算机的形式，是一个世界性的难题。而真正的病人电子化病历的实现有待于这一问题的解决。

⑥ 医院的总体目标、体制、组织机构、管理方法、信息流模式的不确定性，为分析、设计与实现一个 HIS 增加了困难。众所周知，我国目前正处在一个改革开放的大变革当中，医院的性质、体制、机构、制度，管理的概念、方法与手段都在变，这大大增加了设计 HIS 的难度。

⑦ 高水平的信息共享需求。一个医生对医学知识（例如某新药品的用法与用量、使用禁忌、某一种特殊病例的文献描述与结论等）、病人医疗记录（无论是在院病人还是若干年前已死亡的病人）的需求可能发生在他所进行的全部医、教、研的活动中，可能发生在任何地点。而一个住院病人的住院记录摘要（病案首页内容）也可能被全院各有关临床科室、医

技科室、行政管理部门（从门卫直至院长）所需要。因此信息的共享性设计、信息传输的速度与安全性、网络的可靠性等也是 HIS 必须保证的。

⑧ 医护、管理人员的心理行为障碍。医院信息系统的成功依赖于医院医护人员、管理人员的介入。医护人员及管理人员对应用计算机的心理、行为障碍，往往会导致一个系统的失败。在中国，由于普遍的教育背景、计算机的普及程度以及汉字录入的困难，使得终端用户对使用计算机采取更为普遍和强烈的抵制态度。这就要求系统的设计者付出更大的精力于人—机友善性的设计、更好的界面、更方便的帮助信息、更简单的操作方法、更易学、更快捷的汉字信息的录入等。这当然反过来增加了系统的开销与复杂程度。

3．医院信息系统相关问题

医院信息系统首先是一个业务系统，选择一套信息系统就意味着选择一套业务处理和管理模式。要改善管理，就应该调动一切手段来配合新流程的建立。医院信息系统建设是一个庞大的系统工程，任何医院在着手建设医院信息系统时，都将经历一场变革，计算机技术的应用无疑会对医院传统的运行模式产生冲击。

信息系统的运行在一定程度上改变了某些科室原来的管理职责和业务流程，这就需要加强每个职工的责任心，让大家知道信息系统可以提高工作效率，充分调动积极性。医院信息系统不是一个简单的计算机网络系统，而是运用计算机技术改变医院的管理模式。医院信息系统涉及医院工作的方方面面，在实施过程中一定会有局部利益的调整，也可能会改变多年来已形成的习惯和流程。

信息系统的建设涉及医院内部的利益和工作量的再分配，会因为工作流程的改变使一部分人的岗位发生变化，可能会导致一些工作人员的不满。科室或有关部门经常会从局部利益出发，消极应付乃至拒绝协调，致使系统运行难以实现。信息科在系统开发公司和医院各部门之间起到桥梁纽带作用，公司软件开发人员和医院各部门由于各自的立场不同、拥有的专业知识不同，对软件的理解存在偏差，这就需要信息科做好协调工作，促进开发与需求部门的相互理解和沟通。采取由各部门提交需求计划、信息科审核同意后提交给软件公司，由信息科进行需求的解释，公司将认可的需求计划书反馈给信息科，同时进行软件开发或修改，其结果由信息科通知相关科室。这种方法使科室、信息科、公司三者关系比较顺畅，也使信息问题的提交、处理、反馈更加高效。

医院信息化的核心是病人信息的共享，包括医院各个科室之间、医院之间、医院与社区、医疗保险、卫生行政部门等的信息共享，以数据库为中心实现病人信息的无纸化和无胶片化。信息资源共享是全球化的趋势，任何一个个体离开了信息是不可能生存的。

目前各个医院之间的信息资源不能共享，社会各行业不能有效利用共享医疗信息资源。从另一个方面看，现在各医院信息系统的建设和改造重点主要放在了内部优化上，往往在对外部的医疗资讯交换上重视不够。就目前体制而言，各医院仍是独立的事业单位，现有的信息资源如病人的电子病历等，自然不愿意与别人分享，而由于来自不同厂商信息系统的不兼

容性，医院之间的信息资源也不可能实现交换，于是就造成了病人转院后，不得不重新做一遍在原医院已做过的检查等现象，造成了患者就医成本的增加[1]。

4．医院信息系统的作用

（1）有效避免了重复劳动，提高了工作效率，增加了患者的满意度

使用微机管理费用清单后，通过微机联网资源共享，住院结算处理即可进行费用清算，临床科室各工作站即可通过微机打印患者当日发生的所有费用，交与患者。克服了过去手工填写的繁重工作，提高了工作效率。药品价格按国家标准统一管理，大厅内有大屏幕电子显示屏公布价格，计算机划价，采用清单式门诊收据，增加了透明度，减少了差错的发生，患者心里明白、放心、满意。

（2）完善医疗收费的监督机制，进一步规范了收费行为，增加了透明度

使用微机管理后，医院将全部收费项目统一编号，从计算机中心输入，任何人不能增加或减少项目，更改收费标准，科室收费按编码进行，杜绝了乱收费行为，提高了科学管理水平。住院信息管理系统，不仅可以为患者提供多方位的查询功能，而且还可为患者及时打印住院费用清单，使患者发生的费用一目了然，架起了一座医患沟通的桥梁。

（3）加强了药品、设备、后勤物资的管理科学化

各种库存物资可以随机抽查，入库、出库、消耗数量及金额实现了动态化管理，为制订采购计划，安排采购资金提供了依据，避免了物资、设备的资源浪费。

（4）快捷方便，提高了工作质量

应用计算机信息资源共享，分散管理，优化和减少了患者就诊及住院手续，为患者提供了方便快捷的就医环境。由于实现了由计算机自动统计汇总各种报表，减少了手工计算差错的发生，方便了工作，也要便于医院全方位多层次开展动态分析。

（5）为医生节省了时间

病区电子病历的使用，使医生从繁重的病历书写中解脱出来，有了更多的时间从事新手术的研究。电子病历一经确认，任何人不能进行修改，使医疗文书的安全性得到了保证，为医保中发生的纠纷提供了可靠的解决依据。

6.2.2　医院信息系统的发展现状及趋势

1．国内外发展现状

美国是最早将信息技术融合到医院管理系统研究的国家之一。20 世纪 60 年代初，著名的麻省理工总医院（MGH）开发的 COSTAR 系统已发展为今天的大规模临床患者系统。日本、欧洲等国家和地区在 20 世纪 70 年代也相继开始了这方面的开发与应用，HIS 进入大发展时期。

1 李光灿. 医院信息系统建设探讨. 医学信息，2008（11）：1964～1965

1985 年，美国全国医院数据处理工作调查表明，100 张床位以上的医院中 80%实现了计算机财务收费管理，70%可支持患者挂号登记和行政事务管理，25%实现了病房医护人员直接用计算机处理医嘱和查询实验室的检验结果，10%实现了全面计算机管理的 HIS。

在临床信息系统方面，国外强调医疗差错的防范，将提高医疗质量目标放在首位。目前，计算机化的医生医嘱录入系统（CPOE）应用被放在首位，电子病例系统应用程度较高。美国、英国等均把近几年内实现电子病历作为规划目标。CPOE 也被应用于电子病历（CPR）系统，其中包括了药品知识库等临床辅助决策功能。日本是世界上电子病历应用比例最高的国家，截至 2004 年，日本有 12%的 400 张床位以上的医院和 3%的诊所实现了无纸化的电子病历。另外，受到医疗保险与医疗服务一体化、按病种付费、按人头付费等医疗保障制度的影响，美国医疗机构在临床信息系统中较多地结合了合理用药、临床路径、临床指南这些功能。辅诊科室的信息系统得到比较普遍的应用。在美国，检验信息系统在公立医院中的应用 2004 年已达到 94%；医学影像与通信系统的应用占 42%，其中与医院电子病历系统有双向接口的占 76%；放射信息系统的应用占 91%。

区域信息系统有所发展，丹麦的 Red System 可以管理 76 所医院和诊所。法国第八医疗保健中心实现了能管理三所大医院和三所医药学院的一体化信息系统。随着初级卫生保健工作的发展，欧洲各国区域性医院计算机网络将实现。

与国外的发展状况相比，我国医院信息系统的开发与应用比美国等发达国家晚了近 15 年。20 世纪 80 年代，随着计算机的普遍应用，以单机版为主的收费机、划价机开始应用于一些医院的收费处和药房，基于 DOS 的网络版收费划价等单一应用软件也逐渐得到应用，像病案首页管理、药品库存管理、人事管理等。这是我国医院信息系统发展经历的第一阶段。20 世纪 90 年代中期，由卫生部医院管理研究所开发的中国医院信息系统（CHIS）问世，标志着我国医院信息系统的研制、开发和应用水平进入了一体化医院信息系统（Integrated Hospital Information System，IHIS）的新阶段。随之我国又出现了解放军总后卫生部主持开发的称为“军卫一号”工程的军慧医院信息系统等一大批新产品。另外，国外的一些管理系统也开始进入中国市场，为国内医院实现财务、药品、设备、物资、医政等管理的计算机化，提高管理水平，增加经济效益，方便患者就医和查询，为提高医院的服务效率和服务质量创造了条件。

目前，我国医院已基本建立医院管理信息系统，正处在临床信息系统的发展时期。其中医嘱系统应用较早，普及程度较高。实验室信息系统、医生工作站、辅诊科室信息系统等多个临床信息子系统融合到 HIS 中，但应用程度不高，应用的深度和广度有待在全国不断推进。

2．发展趋势

随着医疗行业信息化进程的不断加速，我国未来医院的信息管理呈现如下发展趋势。

（1）大规模一体化医院信息系统

医院信息系统是实现现代医院信息管理的主要途径和方法。在 20 世纪 60 年代初，美国

有些医院把大型计算机运用于医院管理。进入 20 世纪 80 年代，微型计算机广泛使用，降低了计算机网络化的费用，促进了医院信息系统的发展。20 世纪 80 年代后期以来，医院信息系统的开发和应用向深度和广度发展，从信息服务向智能服务发展，开始装入医学专家系统、护理专家系统、辅助诊断系统等，在管理系统上建立了大规划一体化的医院信息系统，并为医院管理提供智能化服务。

根据卫生部信息中心 2001 年统计，我国应用信息管理系统的医院已达到医院总数的 31%。但如果用一体化信息系统的标准来衡量，真正实现信息系统的还很少。因此，普及医院信息系统，扩大其运营功能，提供智能化服务来分析医患数据，并为医疗诊断和医院管理提供决策支持功能，以达到医院优质、高效运营的目标是未来医院信息系统发展的一大趋势。

（2）信息高速公路

信息高速公路（NII）是一个能给用户提供大量信息的由通信网络、计算机、数据库以及电子产品组成的网络，能使所有人享用信息，并在任何时间和地点通过声音、数据和图像相互传递信息。在信息高速公路上，人们可以自由、便利、快捷地获取多种多样的信息服务。1993 年，美国和欧洲开始实施 NII 计划。中国从 1993 年规划了“三金”工程，为我国信息高速公路的发展打下了基础。不久的将来，一卡在手，可以从网上进行医疗预约和咨询、远程疑难病会诊，改变现有的诊疗模式、服务方式和医患关系，同时信息高速公路使人们方便而且轻松地获取有关医学知识，促进现代化医学研究和预防保健的发展。

（3）与医疗保险接口

随着我国医疗保险制度的改革，原有的简单医患双边关系转变为医院、患者、医保部门等复杂的多边关系。医院作为医疗信息的拥有者，及时、准确地提供合格、合法的病人结算报表及有关临床信息，对于防止医疗纠纷、保护医患双方合法利益、规范医疗市场是很重要的。

目前有些医院信息系统和代码不是国际统一接口，造成了医保部门与医院之间信息传输不便。尽管许多城市和地区已经部分实现了医院和医保部门之间的电子数据交换，自动或半自动地完成了医疗赔付业务，但从电子商务的标准要求来看，离标准化的要求还有很大差距。有的单位甚至要把患者所有信息打印出来，然后重新录入计算机作为医保信息，造成人力和物力的大量浪费。随着今后我国医疗保险业的不断发展，医院信息系统需要统一代码，规范接口，卫生部在 2002 年制定的《医院信息系统基本功能规范》对此作了要求。

（4）突发公共卫生事件与医疗信息救治系统

2003 年 SARS 疫情的发生给我国公共卫生体系带来了严峻的挑战。医院作为公共卫生系统的一个部分，分布在全国各个地方，是最早感知突发公共卫生事件的神经末梢。如果每个医院都建设了比较完整的医院信息系统，该系统可以及时、准确地收集到常规的急诊和住院病人个案的信息，国家相关部门可运用定期抽样汇总的办法来监控全国各地区就诊人群疾病谱的变化。

医院是我国最重要的医疗卫生资源，当某一不明原因疾病或者职业中毒事件发生时，医院始终参与突发事件处理与医疗救治的全过程，掌握着第一手病人的临床资料。因此重视公

共卫生突发事件的发生，扩大医院信息系统的应用范围，建设医院突发公共卫生事件监测、预警系统，实现信息的标准化和互相联通，有利于贯彻落实国务院《突发公共卫生事件应急条例》，并将防范突发公共卫生事件与实施医疗救治紧密结合。

（5）电子病历

电子病历（Computer-Based Patient Record，CPR）的目的是实现病历记录计算机化，是目前医院信息管理发展的重要目标之一。1991 年，美国医学研究所发表了 CPR 研究报告，总结了 40 年来 CPR 发展的经验和存在的问题。1994 年，我国卫生部提出，希望在全国若干家医院实现完整的 CPR 系统。

电子病历并不是我们通常想象的对病人信息进行简单的文档处理，它是医院临床信息系统完全发展的结果。CPR 不仅包括病人全部的临床信息，包括出、入院以及手术记录的计算机化，而且还包括丰富的医学知识与联机服务，能够为病人提供全方位医学诊断和咨询。目前在中国实现电子病历还存在一定的困难，如技术开发的困难，对医疗质量、病历“克隆”、病历易于删改等方面引起的法律责任的担忧。未来中国医院电子病历的发展需要技术开发的支持以及类似美国 HIPAA 法案的保护。

（6）临床信息系统及远程医疗

医院信息系统包括医院管理系统、医疗信息系统和满足两者的信息服务系统。当一家医院具备了完整的医院管理系统后，临床信息系统就成为医院信息系统建设的重点。临床信息系统包括医生工作站和临床实验室、医技科室信息系统（该系统能迅速、准确地提供病人化验和检查结果）。

随着科技的发展，建设远程医疗网络必然成为一种发展趋势。远程医疗通过交互式电视和程控电话，使病人接受异地诊疗，并得到及时、有效的治疗。远程医疗能大大减少异地转诊病人[1]。

6.2.3 系统功能划分

医院信息系统覆盖范围涉及医院运营的各个环节，如临床医疗、行政管理、财务管理、知识管理、决策支持、患者服务、内外沟通、医保、双向转诊、外部接口等。同时，医院信息系统是随着信息技术自身的发展和医院的需求而逐步建设的，因此，在医院中存在着不同时期、不同厂家的子系统，服务于医院的不同需求。以下为目前医院信息系统的一般划分方式。

（1）门急诊管理系统

◆ 门急诊挂号分系统

◆ 门急诊划价收费分系统

◆ 门急诊中西药房配发药系统

[1] 雷晓盛，胡楚. 未来医院信息管理发展趋势[J]. 数理医药学杂志，2006，19（6）：663～664

◆ 门诊部中心治疗室工作站
◆ 急诊科观察室护士工作站
◆ 急诊科观察室医生工作站
◆ 门诊医生工作站
◆ 结构化多媒体门急诊电子病历
◆ 分诊台、导诊排队系统

（2）住院管理系统
◆ 住院出、入、转诊管理系统
◆ 住院收费管理系统
◆ 病房护理工作站
◆ 住院医生工作站
◆ 中心药房配发药管理系统
◆ 科室库存和管理系统
◆ 住院结构化电子病历系统

（3）医院手术与麻醉管理系统
（4）医院检验信息系统 LIS（双向条码）
（5）医技辅助科室管理系统
◆ 医技检查信息管理系统（RIS，含核医学、B 超、内镜、MR、CT、X 光等影像检查）
◆ 血透信息管理系统
◆ ICU/CCU 监护系统
◆ 输血信息管理系统
◆ 供应室管理系统
◆ 营养科管理及配餐管理系统
◆ 心电脑电管理系统
◆ 病理信息管理系统

（6）药品信息管理系统
◆ 中心药房、急诊药房、门诊药房药品管理系统
◆ 中西药库进出存管理系统
◆ 药品会计与价格管理系统
◆ 制剂室生产管理系统
◆ 合理用药咨询与监控系统

（7）物资与后勤支持管理系统
◆ 医疗设备信息管理系统
◆ 卫材与低值易耗品信息管理系统
◆ 总务资产信息管理系统（含固定资产与日用品）

◆ 洗衣房管理系统
◆ 饭堂管理系统
（8）医学影像传输与归档系统（PACS）
（9）保健体检信息系统
（10）人力资源管理系统（人事、绩效、职称等管理）
（11）职能科室管理系统（医务管理、护理管理、科研教学管理等）
（12）院感管理及疫情直报系统
（13）远程医疗咨询与教育系统
（14）病案信息管理系统
（15）医疗统计信息系统
（16）办公自动化系统（OA）
（17）医院网站（含内外网及邮件系统，电子商务功能等）
（18）医院财务管理系统（含成本会计与管理会计功能）
（19）电子期刊或电子图书馆系统
（20）院长查询和决策支持系统
（21）临床医学知识管理系统
◆ 合理用药知识
◆ 医学相关标准，如 LINIC，DRGs，ICD10，DICOM，HL7，LONIC 等
◆ 临床路径
◆ 循证医学
◆ 临床专家辅助决策系统
◆ 其他知识库管理与支持
（22）患者服务管理系统
◆ 患者预约服务平台（多平台：电话、手机、互联网）
◆ 患者随访服务中心
◆ 医院会员管理系统
◆ 导诊与健康咨询顾问服务
◆ 投诉受理与跟踪回访服务
◆ 消息公告发布系统（含触摸屏导诊、费用自助查询、医院消息发布等）
（23）外部接口平台
◆ 与其他医疗机构信息系统接口（如双向转诊、检验互认等）
◆ 与其他区域卫生信息系统外部接口，如社区医疗
◆ 与物资供应商或其他业务合作伙伴的信息系统接口
◆ 与国家、省市等垂直管理系统的接口
◆ 与政府医保中心及各类商业医疗保险的实时结算接口

◆ 与银行等金融机构的支付转账接口

（24）一体化智能管理应用系统

◆ 安保视频监控系统

◆ 电子门禁管理系统（含停车场智能管理系统）

◆ 视频会议系统

◆ 多媒体视频教学系统或手术直播教学系统

6.3　医院信息系统实施与管理

医院信息系统是现代医院管理及医院信息化建设的基础和核心。医院信息管理是一项复杂的系统工程，在实施过程中必须逐步推进。

6.3.1　规划

规划是指对较长时间的活动进行总体的和全面的计划，是系统生命周期的第一个阶段。在规划阶段，需要确定系统将实现的目标、投入规模和系统功能等问题。不同的医院在类型、规模、工作量、科室设置、管理制度、经济和人才条件等方面都会存在差别，因而每个医院的信息系统都需要根据自身的特点进行开发。

根据规划的时间长短，将系统规划分为长期规划和短期规划。长期规划主要是提供医院信息系统总的发展方向，而短期规划则为系统建设、使用和维护的具体责任提供依据。需要规划的内容主要包括以下三项。

1．系统预期目标

医院首先应根据各自组织的战略目标、业务流程需求、技术准备及约束条件确定 HIS 的整体目标和发展战略规划，其中整体目标包括：

① 需求目标。也就是应用目标，包括近期及远期的需求计划。

② 效益目标。由需求目标确定系统的技术经济效益指标。

③ 功能目标。为达到需求目标系统应具备的功能。

④ 技术目标。为达到上述目标系统应具备的技术性能。

发展战略规划用以对完成工作的衡量标准。

2．系统规模

系统规模的规划应根据医院的实际需求确定。是准备建设完整的 HIS，还是建设一个部门级的信息系统？是打算一次性建立完成整个系统，还是分阶段完成？投资的预算是多少？这些问题必须结合医院的管理和业务实际需要研究决定。在考虑系统规模时，必须遵循以下几个原则。

（1）实用性原则

系统规模的设计应符合医院现行的组织机构、管理和运营模式，满足当前和今后一定时期内的信息需求，在提高医院的治疗服务质量、工作效率、管理水平和综合效益等诸方面产生积极的作用。否则，万事俱细，不仅开发的周期长，投入大，不必要的功能还可能造成系统过于臃肿，从而降低系统整体的运行效率。因此，系统功能应该完整而不臃肿，实用而不奢华，实现功能完整性和实用性的完美结合。

（2）完整性原则

这里所提出的完整性原则并不是要求 HIS 的建设必须追求功能实现的绝对完全化，而是在满足医院信息管理阶段性需求的条件下，提供全面、详细的功能服务，为医院的管理决策提供尽可能充足的数据，提高医院的运营效率，支持以患者医疗信息记录为中心的整个医疗、教学、科研活动。

（3）时序性原则

HIS 的建设是一个周期长、投入大的项目，受到时间、资源、需求等条件的限制，往往不可能实现所有所需系统功能同时上马。时序性原则要求医院在做出系统规划之前，分析各种功能需求的时序性，作为制订系统规划的重要依据。通常，门急诊信息管理、住院患者信息管理、财务信息管理、医药信息管理等功能需要排在前面实现，而其他相关的功能则根据条件，逐步实现。

（4）扩展性原则

系统规划并不是一经制订就不再发生变化。系统规划尤其是战略规划受系统外部因素影响较多，如医疗政策的改变等均有可能影响系统规划的适应性。规划需要进行阶段性的调整，这要求考虑系统具有一定的可扩展性，以满足不断发展更新的需求变化。

3．供应商选择

纵观国内外医院信息系统的开发，现有的开发方式包括以下几种。

（1）自主开发

由医院组织内部开发技术人员和资源，自行开发。这种方式的优势是经济、方便分步实施、易于维护，但对医院本身的专业技术要求很高，极少有医院有此能力。

（2）合作开发

医院选择外部有经验的计算机软件或者系统集成公司，集合内部相关专业人员合作进行开发，对于医院信息管理功能的实现来说，具有针对性强、适应性好等优点。医院的投资有保证，开发的成功率较高。

（3）市场购买

医院也可选择直接购买市场上已有的 HIS 产品，这种方式周期短、见效快、系统的稳定性有保障，但因各医院的性质、业务、规模等条件的差异，系统的适应性较差，对供应商的技术依赖高。目前，80%以上的医院采用这种方式开发系统。

（4）托管

这是在国外新出现的一种方式，也称“委外”，即将 HIS 的开发、维护、更新整个地委托医院外部的 ASP（Application Service Provider）服务商管理。这类服务商通常具有较大的规模，拥有强大功能的设备，能充分应用高效率新设备和新技术，具有丰富的实施和管理经验。由于规模效应，还能较好地控制成本，降低实施费用。“托管”是西方发达国家的一种趋势，需要成熟的外部环境，在国内实行还有很长的路要走。

医院在做建设规划时，应根据医院的人力、财力、物力各种资源现状及实际需要，选择适合的开发方式。

6.3.2　组织管理

1993 年 3 月，国际医药信息学会在美国辛辛那提市召开的一次 HIS 应用研讨会上指出，HIS 的失败，20%是技术因素，80%则是组织管理因素。特别是在今天，计算机与网络技术日益成熟，技术支撑环境对于实施 HIS 来说已经没有任何困难和障碍，主要的问题来自组织管理。

1．组织建设

医院信息系统几乎涉及医院一切部门的工作，因此，HIS 实施的组织构建不仅包括医院的决策层，也包含基层的医护工作人员；不仅包含从事系统建设的信息技术专业队伍，也包含从事医疗服务的业务人员。

（1）医院主要领导应加强信息化的管理

医院数字化建设是医院管理的基础性、系统性工程，它涉及对现行管理模式、方法、手段和观念的重大变革，牵涉到医疗、护理、医技、政工和院务等管理各个方面，对管理思想、软硬件建设、技术班子和全员素质提出了很高要求。因此，作为医院主要管理者，在医院数字化建设中应做到“四个领先”。

① 观念领先。把建设计算机网络信息系统作为提高管理水平、加强医院全面建设新的突破口，医院服务质量竞争新的起跑点，重点抓、重点建。

② 筹划领先。管理者在建设网络信息系统中的责任，首先是筹划，比如确定班子、组织力量、明确进度、选准突破口等。

③ 运用领先。信息系统可以产生大量的信息，管理者不但要经常阅读分析这些信息，用以检查指导工作，还要提出修改或完善意见。

④ 开拓领先。管理者要注意从管理需要出发，不断对系统提出新的功能要求，把应用提高到新的水平[1]。

1 陈金雄. 我国医院数字化建设面临的主要问题与对策[J]. 医疗卫生装备，2004（4）：35～36

（2）成立实施小组

HIS 实施小组是一个临时性的机构，全面负责医院信息系统的实施工作，实施小组应由计算机工程技术人员以及医院医疗、护理、药械等业务部门和经济管理部门的骨干人员组成。小组负责系统的实施规划、系统预算，组织和监督软硬件产品的采购、安装、调试、验收等工作，推动医院信息标准化建设，配合软件供应商完成系统需求调查及客户化修改方案，协调实施过程中的矛盾等工作，直至系统的实施完成。

（3）医院信息部门的设置

医院设置独立的信息部门，专门负责医院的信息管理与技术支持，直接隶属分管信息的副院长领导。信息科的主要职责包括：制定总体规划建设，供医院领导和业务机关参考；根据医院的实际需要编制系统需求分析；维护各系统软件，并适时更新；掌握计算机及外部设备的操作、使用和维护，保证硬件设施的运转良好；开展普及和宣传计算机知识及培训等，如图 6-1 所示。

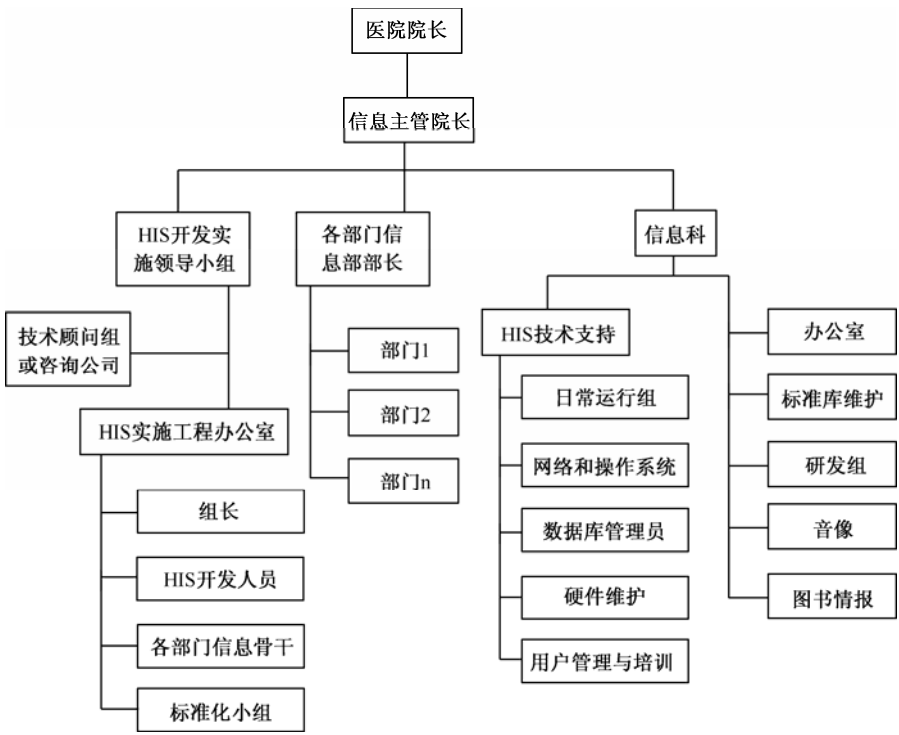


图6-1　医院信息部门的设置

2．人员培训

医院信息系统建设是一项复杂的系统工程，涉及现行医院管理模式、方法、手段和观念的重大变革，涉及业务流程的重组，对包括医院管理人员、信息技术人员、各职能部门在内

的全体员工的素质都提出了新的要求。因此，人员培训是现代医院实施 HIS 必要的基础准备。医院必须要通过技术和知识培训，更新观念，提高技能，建设与信息化发展相适应的管理队伍、技术队伍和基层操作人员队伍，保证系统的顺利实施，并不断推进医院信息化的进程。

6.3.3　业务流程重组

医院信息系统的建设与业务流程化相辅相成。以先进的信息技术包装陈旧的医院业务流程是行不通的，离开对业务流程的优化，医院信息化不可能真正实现；离开医院信息系统的支持，医院业务流程优化也很难成功。只有将先进的信息管理软件与医院内部业务流程、特点有机地结合起来，HIS 才能达到预期建设的目标，实现以患者为中心的服务。麻省理工学院自 1984 年至 1991 年所做的“90 年代的管理”研究报告已证实：国外成功应用 HIS 的医院都是首先梳理清楚自己的业务流程，然后进行优化、重组，并针对计算机化管理的特点，对手工业务处理流程进行了相应的改变，最后才实现操作自动化；而 IT 应用没有成效的医院大多是没有考虑到计算机化管理的特点，用信息系统机械模拟手工业务处理流程。我国目前还处于从传统的经济体制向市场经济的过渡阶段，许多医院的管理方法和手段仍滞后。无论是否应用 HIS，都要求进行某些业务流程上的重组来适应市场经济的发展，而 HIS 的使用就更需要对现有的业务流程进行根本性的改造。医院业务流程重组实施的一般流程如图 6-2 所示。

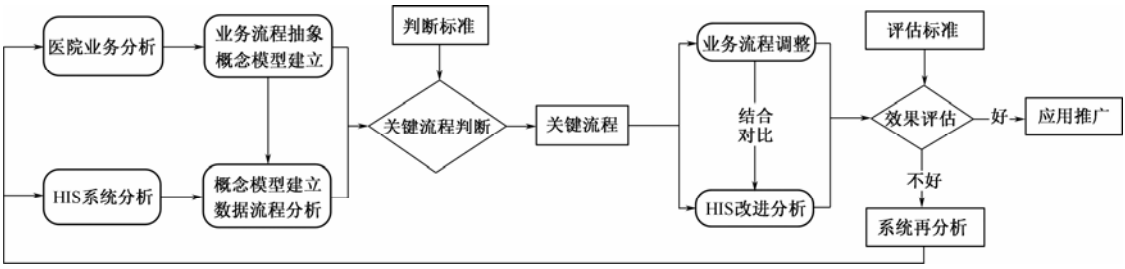


图6-2　医院业务流程重组实施流程

医院业务流程重组的方法包括医院业务调查与分析、系统化分析与逻辑性模型的建立、目的/方法（E/M）分析以及数据流程的调查与分析等。

6.3.4　标准化建设

标准化建设是卫生信息化建设的重要内容，是 HIS 得以实施并发挥效用的重要基础，缺乏医疗信息表达、医院管理模式与信息系统模式的标准，成为一些 HIS 难以成功实施的瓶颈问题。临床信息系统中检验仪器与计算机之间的数据传输，PACS 中各型设备如 CT、MRI、CR、DR 等与计算机之间的传输等需要有统一的仪器设备的接口标准；远程医疗需要有远程通信标准；电子病例的共享和传输需要有统一的电子病例结构和传输标准；医疗卫生信息的

标准化和全球共享还需要与国际通用的标准接轨。医院信息系统实施人员及国家有关部门需要关注国际卫生信息化标准的发展，有针对性地研制、推广普及和管理各种卫生行业或地方性标准，逐步建立形成卫生领域比较齐全的国家卫生信息标准体系。

6.3.5 安全管理

信息技术的应用越广泛，发挥的作用越大，信息系统的安全性问题就越发显得重要。随着计算机网络技术的发展和因特网的广泛应用，信息的公开和共享大大提高，使得安全问题成为当前信息系统发展和应用需要解决的最紧迫问题。医院信息系统是一个多用户系统，医院信息中的很多信息，如患者医疗记录，是具有法律效力的文件，涉及患者的隐私，而且在医疗纠纷案件等许多法律程序中均发挥重要作用。医院信息系统也是一个典型的 24 小时×7 天不间断系统。因此，保障医院信息系统的安全问题具有更为特殊的重要意义。安全问题是已投入运行系统的生命线。

医院信息系统安全管理应着重考虑解决安全性和保密性两个方面的问题。安全性是指控制、访问和保护信息不被有意或无意地泄露给未经授权的人，使信息免受丢失，或个人所具有的所有信息保证不被他人所知。

为解决 HIS 的安全问题，必须在多方面提供有效的保证措施，除了在技术上采取合适的安全防范措施（如安装网络防火墙、数据镜像备份、一地备份、双机容错等），在管理上采取严格的控制方法外，还需要国家在法律上给予保证（如国家制定相关法律和采取更强硬的惩戒措施），公众进行共同维护和支持（如提高公众的计算机知识和对病例信息的保护意识等）。

6.4 医院信息系统评价

6.4.1 概述

医院信息系统评价是指对医院信息系统的性能进行全面估计、检查、测试、分析和评审，包括对实际指标和计划指标进行比较，以求确定系统目标的实现程度，并对系统开发成功、项目实施后所产生的经济效益、社会效益进行全面的评估。HIS 的评价无论从理论上还是实践上都可以说是一个世界性的难题。这既是由医疗机构的复杂性所决定的，同时也是由信息系统的复杂性所决定的。

医院信息系统评价对医院信息化和卫生信息化来说又具有重要的意义，同时对于医院管理现代化，提高经营管理水平也具有很重要的意义。因为评价不仅可以帮助医院对信息系统的投资价值进行正确的评估，还可以作为一种重要的反馈和学习工具，帮助 HIS 开发厂商和医院发现信息系统项目中成功或不成功的潜在要素，改善 HIS 项目实施的管理方法和过程以及系统管理的方法，从而促进系统项目向期望的方向发展。还可以促使医院认识其内部信息

挖掘与利用的重要性，以及信息技术对于医院现代化管理的重要意义。

6.4.2　评价标准

HIS 的评价包括技术、效益两个方面。技术评价是对系统为医院管理和医疗服务所提供的功能和性能进行的评价，如系统的完整性、安全性、稳定性等指标。效益评价是对系统实施和应用产生的效果进行的评价，包括经济效益评价和社会效益评价。

1．系统评价的原则

信息系统评价指标体系的建立一般应遵循以下几个原则：

（1）综合性原则

信息系统是一个复杂的巨系统，其中的各个要素相互联系、相互作用构成系统这一有机的整体，因此指标体系的设置首先要能全面、客观地反映系统的整体状况，要涵盖系统的各个方面。当然这并非说指标越多越好，指标体系如何设置，其数量与层次如何构造也都必须符合系统工程的综合性原则。

（2）指导性原则

任何评价活动都是一种目标驱动的活动，信息系统的评价也不例外，因此评价指标体系的设置必须围绕着评价的目的而展开。这样才能对信息系统的研究和应用具有一定的指导意义，才能为设计信息系统工作的各方面人员提供科学的参考依据。

（3）可行性

信息系统评价指标必须具有操作的可行性，因此含义必须明确，具体设置不宜太多、过细，要便于信息的收集和汇总；并且同类指标之间要能够比较，同一指标要具有历史可比性。

（4）相关性原则

系统的评价指标体系应能够反映出待评系统的运行和发展过程，这样才具有实用价值。因此要求各项评价指标之间不是简单的数据集合，而是必须具有一定的相互联系。

2．系统的效益评价

（1）经济效益评价

对信息系统的经济效益评价一般是通过费用效益分析来实现的，包括以下分类方式：有形的与无形的成本和效益，直接的与间接的成本和效益、固定的与变动的成本和效益。

（2）社会效益评价

医院是提供医疗服务的机构，社会效益是评价衡量其管理水平的重要标准。对医院的社会效益评价可以在医院的改革和创新道路上起到推动作用。医院信息系统的社会效益评价内容包括医院工作流程的优化、患者就医的满意度、医疗服务质量的提高等方面。这其中，多数内容的评价难以用定量化的方法实现。

6.4.3 评价方法

HIS 功能庞大，系统复杂，严格按照量化统计学技术对系统进行全面的评价是不可能也是没有必要的。

对于 HIS 中的不同问题，可使用不同的方法进行评价。对于管理类的系统，往往采用专家组形式，对软件或用户采用多参数定性评测。而面向临床的工作对系统的使用效果、正确性、安全性有着很高的要求，因此，临床的系统广泛采用了统计学方法进行评价。

本节就简易多级特征分级技术方法作一介绍，该方法由德国 Saarland 大学的 Stefan Gracber 教授使用，对放射信息系统（RIS）进行投入/产出分析，见图 6-3 和表 6-1。

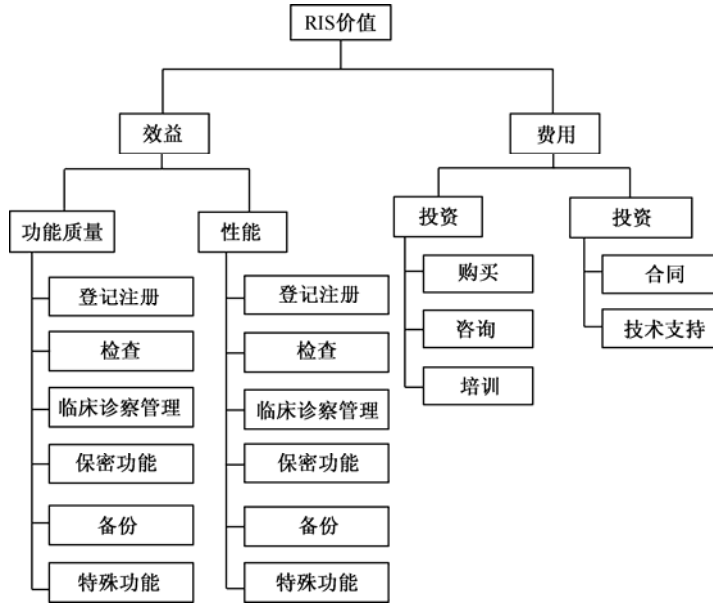


图6-3 RIS评价树结构图

表 6-1 效益/费用评价表

定　　量	费用分数	效益分数
不满意	0	0
满意	1	33
好	2	67
合计	3	100

评价采用打分制，效益评分采用百分制，费用评分采用 0～3 分。组织包括医护人员、技术员、计算机医学应用专家、医院管理人员和外聘咨询专家在内的各类专家一起设计评价树，定义每一个参数的权重系数，然后给参评的 RIS 打分。该方法的关键是统计打分的参数选择和打分的准确性，以及权系数的合理性。

第 7 章　医院经营管理

7.1　医院经营管理概论

7.1.1　医院经营管理的概念

1．医院经营管理的概念

经营是指某一具体经济实体自主地适应和利用环境，面向市场，以商品生产和商品交换为手段，旨在实现自身经济目的的经济活动。现代的经营是一门科学，它包括经营思想、经营策略、经营方式方法和经营范围，据此建立系统的有效结构和运转秩序。经营与管理的概念既有联系，又有区别。经营必然存在着管理；但就管理的含义而言，它是在人们共同劳动中，旨在放大集体功效的活动，而经营则主要指商品经济中，旨在提高经营效益和经济效果的经济活动，带有开放、市场竞争的性质。

医院经营管理是从它所具有的经济实体性的角度，将内部的经济管理与医疗服务管理和科技服务管理有机结合，使社会效益与经济效果相统一的经济管理活动和过程。由于医院属于公益性福利事业，加上过去一直是在计划经济体制制约下运营，因而长期以来谈不上经营的问题，即便客观上存在一些经营的活动，也因思想的禁锢而不敢言之。现在，我国社会主义市场经济体制的确立，要求卫生改革与发展必须主动地与之相适应，要“按照发展第三产业的原则和政策，全面推进卫生改革”。这一卫生改革与发展方针，把医院经营管理的重要性凸显出来。搞好医院经营管理，不仅是保证医院改革发展的基本措施，也是医院生存的现实需要。

2．医院经营型与非经营型管理模式的区别

医院经营型与非经营型两种管理模式的区别有以下几个方面。

（1）管理手段的区别

经营型管理模式采用经济和法律手段进行管理，而非经营型管理则是单一的行政管理手段。

（2）管理体制的区别

经营型管理体制需要授予医院经营自主权，医院内部也需要实行院科两级核算制度，而非经营型管理则是从上到下集权的计划管理体制。

（3）资源配置的区别

资源渠道多元化，并以市场配置为主，这是经营管理模式的医院资源配置的特点；而非

经营型管理模式主要由国家财政预算向医院进行计划分配，行为模式是“等、靠、要”。

3．医院经营管理的基本特点

医院面对的是一个存在市场失灵的医疗服务市场。它要求医院经营管理必须正确认识医疗服务市场这一特殊性，不能套用一般市场经济的规律与机制。

（1）坚持社会效益为首位

实现社会效益与经济效益相辅相成；以提高社会效益去增长经济效益；通过提高经济效果，增进经济实力，扩大再生产和发展医学科学技术，进一步提高社会效益。但是，应该看到，经济利益的现实驱使，常常出现偏差。因此，必须树立正确的经营思想，正确处理国家、社会、患者个体、医院集体及医院职工个人之间的利益关系，服从和执行国家有关的政策规定，不能自行其是。

（2）存在投入与产出的多元性和不确定性

医院的投入，既有相对固定的政府投入，也有来自自身经营收入的投入。而就服务过程而言，有固定资产和职工基本工资的相对固定投入，也存在因服务对象等变化的非固定的随机投入。医院的产出，不仅指病人的直接健康效益，还有间接效益，既有生物效应，又有心理、社会性的效应。上述特点，给医院经营管理增加了复杂性和动态性，需要采取相应的经营策略和方法。

（3）存在经营管理的内在缺陷

经营管理要求经济活动的各类指标具有明确性、相关性和可计算性。然而，在医院中，医疗指标并不与医疗收入直接相关，医疗收入主要取决于诊疗技术投入和药品、设备使用的程度；医疗指标多有软化状况，使产出计量很难精确。

7.1.2　医院经营管理宗旨、目标及结构

（1）医院经营的宗旨

医院经营应以最大限度地、合理地满足人民群众多层次医疗保健需求，提高社会人群健康水平和生命质量为目的。无论是营利性医院，还是非营利性医院，都必须坚持以社会效益为最高准则，全心全意为人民服务，再追求经济利益。

（2）医院经营的目标

医院经营目标包括以下几个方面。

① 社会责任目标。医院对社会应尽到的责任和贡献，可以被社会利用的卫生服务程度、规模等。

② 发展目标。包括医院发展的规模、技术水平、人才建设、资产增长，以及横向的国内外同类医院相比较而预期的目标等。

③ 服务目标。医院在一定社区范围内为人群提供的医疗保健服务，不仅优质、高效，而且人群有能力支付。

④ 经济目标。医院依靠医疗收入和药品收入来维持生存并扩大再生产。

⑤ 市场目标。医院医疗服务的市场占有率、营销的目标市场、医院竞争力、医疗市场开发和渗透的潜力都可列为医院的目标。

（3）医院经营结构

医院是以医疗业务为主营业务，同时有科研与科技开发、教学、预防保健服务、医药器材物品生产与加工，以及其他业务活动。医院经营结构主要由五个方面的经营活动构成，见图 7-1。

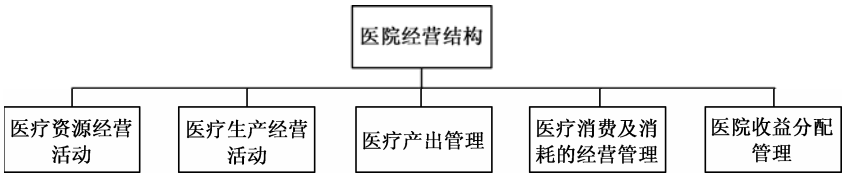


图7-1 医院经营结构

上述经营活动内容及其过程，都要涉及经营意识、经营组织及方式的问题。只有将意识、组织、结构、方式有机地构成为一个系统，医院经营管理才能卓有成效地运行。

7.1.3 医院经营管理体制

1．经营体制的内涵及其决定因素

医院经营体制包含三个层面的内涵：一是医院的经营自主权及其内部划分；二是经营管理手段方法的选择；三是医院内部各科室、部门之间行政性关系和经济性关系。

（1）经营权

首先，建立医院经营体制取决于医院的上级主管部门授予医院经营自主权的大小；其次，取决于医院内部授予科室、部门经营自主权的多少。

（2）经济核算组织层次及经营管理责任中心的划分

医院经营管理，可以是一级经营体制，也可以是院、科两级经营体制。同时，还应该明确“成本——效益责任”中心。

（3）经营管理手段

如果医院经营管理只采用单一的行政手段，而不能充分运用经济手段和法制手段，上下之间各科室、部门之间就不能建立起成熟的经营管理体制。

2．国内外医院的几种经营体制

国内外医院的经营体制，大致分为集权经营体制，高度分权经营体制和集权、分权平衡的经营体制三种。

（1）集权经营体制

集权经营体制一般与计划经济体制相联系，就是医院上级主管部门按国家财政计划对医院实行计划控制。在计划经济这种集权体制之下，医院实行集权经营，采用单一的行政管理手段。故此，就必然形成经营管理与医疗业务和科技管理分离的局面。

（2）高度分权经营体制

一种分权形式是医疗、护理、总务等部门按条块分权；另一种分权形式是将大部分经营权分配到各医疗部门，每个医疗部门都有一位管理者。这种高度分权经营的医院实际是一种由各个小医疗团体组成的联合体。

（3）集权、分权平衡的经营体制

集权、分权平衡就是将集权与分权结合起来，使集权经营与分权经营保持合理搭配，以便建立起授权和激励的经营机制。

各国医院经营体制的发展趋势都是从高度集权经营或高度分权经营向着集权、分权平衡的经营体制转变，只是时间和程度有所差异。我国医院的经营体制改革，应该是逐步实现从集权经营向集权、分权平衡的经营体制转变。

3．集权与分权平衡的经营原则

医院要建立集权、分权平衡的经营体制，应该坚持以下几项原则：

① 目标一致原则，为实现集权经营与分权经营的相对平衡下放部分经营权，而后，还必须强调全院经营目标一致。

② 责权一致原则，坚持责权一致原则，就是要求任何科室、部门都不能只要经营权而不负相应的经营责任，更不能滥用经营决策权。

③ 利益一致原则，坚持利益一致原则，就是院级经营决策与科室、部门经营决策都必须兼顾全院集体利益与科室、部门利益，集体利益与个人利益，以及医院的利益与病人的利益等。

④ 决策一致原则，即全院经营战略决策要统一，大型的关键性经营决策要统一。

7.1.4　医院经营机制

经营机制是在经营活动中，医院与外界各经营单位之间以及医院内部各个经营部门和经营环节上下之间的相互联系构成的经营关系，以及这些关系所产生的效果和影响的总和。按照经营关系的内容和性质，主要分为由医院适应市场经济环境所形成的市场经营机制和内部经营环节所形成的内部经营机制，包括经济补偿机制、经营竞争机制、分配激励和经营动力机制、自我约束机制、质量保证机制等。

（1）医院经营机制的决定因素与构成要素

医院经营机制的决定因素是经营管理的客观规律和人们进行经营活动的市场环境、社会环境及经营者的主观意愿等。

医院经营者的经营意识、经营决策的前瞻能力、决断性等是决定经营机制的内在因素，而医院经营所处的社会环境，以及社会经济状况和市场经济条件等则是形成某种经营机制的外在决定因素。

任何经营机制都包含着不可或缺的基本元素，这就是经营机制的构成要素，包括：心理行为要素，人是经营管理系统的第一要素，人们在经营活动中的心理状态和行为取向就是形成一定的经营机制因果关系的基本因素；资源要素，物质资源、科技资源、信息资源等，都是经营机制的基本要素；质量要素，是以质量取胜为经营策略，还是以降低质量为手段进行经营，就是决定良性循环经营机制或者恶性循环经营机制的基本问题之一。

（2）医院经营活动的经济补偿机制

医院不断地消耗各种人、物、财，提供医疗服务，需要同步地得到补偿，同时需要积累事业发展的基金。不同的补偿模式和补偿水平，就形成不同的补偿机制。

我国医院目前的经济补偿基本上是预算型和经营型的复合模式，前者指政府财政补贴，属计划补偿，后者是通过医院的经营活动，从医疗市场上得到经济补偿。

在医药体制改革的基础上，医疗价格政策的改革势在必行，完善经济补偿机制是医院经营管理必需的任务。

（3）医院的经营竞争机制

医疗机构之间，在医疗服务质量、医疗技术发展、医疗价格和收费、医疗市场开拓等方面，必然有一定程度的具有约束条件的经营竞争。

医院的竞争机制有良性、恶性之分，经营需要良性竞争，竞争促进经营。

（4）医院的分配激励和经营动力机制

医院经营需要有强劲而持久的经营活力，其关键是人才和医院职工的积极性，而积极性的取得，又和利益分配机制紧密地联系在一起。

（5）医院经营的自我约束机制

自我约束机制，包括职业道德的自我约束、遵纪守法的自我约束、信守合同等经营交往规范的自我约束等。

（6）医院经营的质量保证机制

医院质量保证机制是在一定的社会条件、管理体制、有关政策、医疗资源利用等软硬环境下形成的质量保证决定因素，以及这些决定因素所造成的一系列连锁反应和综合效应的总和。

医院质量保证机制分为宏观和微观两个层次。宏观质量保证机制是指由社会条件、政府对医院的有关政策、法规、资源投入和医疗市场环境等宏观因素所决定的质量保证因素及其综合效应。这种宏观的质量保证机制也就是医院外界的质量制约机制。

医院经营的质量保证机制主要是指医院内部的微观质量保证机制。这种微观质量保证机制，是由医院领导班子的指导思想、职工的质量意识和院内经营体制质量管理体系的完善程度等所形成的质量保证决定因素，以及这些因素所造成的一系列连锁反应和综合效应。

医院质量保证机制与各种经营管理机制密切相关，不可分割，质量保证机制的建立则需要以各种经营机制的建立和完善为基础。

总之，医院向经营管理转轨的关键在于建立和完善医院经营机制，其主要途径就是深化改革和加强科学管理。

7.1.5　医院经营模式概念、类型及其特征

1．医院经营模式的概念

我国的多数医院尚没有形成明确而成熟的经营模式。从经营目的的角度，医院分营利性和非营利性医院。在我国，以国有医院、集体所有制医院为主体，因此医院的经营模式也以非营利性模式为主。但是，随着社会主义市场经济的建立，营利性的医院也正在出现。

所谓营利性经营模式，是指其经营以追求利润极大化为目的，其经营战略及经营决策完全从盈利出发。而非营利性医院经营模式，其经营目的是追求以社会效益为最高准则的综合效益，经营目的和宗旨是满足人民群众的医疗需求。

医院营利性与非营利性经营模式的区别，关键并不在于医院的实际经营结果有无一定的结余或亏损，主要区别是：非营利性经营的医院其结余资金只限于用在医疗资源积累和扩大再生产；营利性医院的利润，则更多地为私人所有，或成为股东的红利。非营利性医院虽然也重视经济收益，但以社会效益为最高准则，因此得到国家减免税收的优惠；而营利性医院，没有盈利率的限制和约束，国家则通过征税来实现对其的经济制约。

2．医院经营规范

医院作为一个相对独立的自主经营实体，经营模式包括医院组织框架、人员编制、物资配置、业务流程、核算形式、专科建设等内容。加强医院经营模式的研究，使医院在医疗市场中有明确的发展定位和经营模式，将有助于组织完成医院经营目标，促进和保障医院的建设发展。

（1）建立现代医院制度或者按一定体制解决医院经营自主权问题

建立现代医院制度或者按一定体制解决医院经营自主权问题是建立医院经营规范的前提。医院应当建立明晰的产权管理制度，并实现医院所有权与经营权的分离，这是使医院走上经营轨道的基础。

（2）医院经营管理职能的规范化

一般地说，医院经营管理职能与传统的医院管理职能没有根本的区别，只是要求增加经营性职能。第一是决策、计划职能规范化，加强科学预测，进行经营战略决策，确定经营目标，编制长期和短期经营计划。第二，在组织和指挥职能方面，必须加强经营活动各要素、各部门、各环节的有机组合，提高经营活动的指挥效率。第三，经营管理对控制的协调职能要求将经济的、质量的、效率的以及科学技术等全方位控制有机地结合起来，把外部协调与

内部协调、纵向协调与横向协调有机地结合起来。第四，要特别重视经营激励职能，将精神激励和物质激励与各科室、部门及个人的经营绩效紧密结合起来。

（3）医院经营结构的规范

当前我国医院经营结构不够规范的突出问题表现在收益结构方面，即收益结构不合理。主要是技术劳务价值偏低，而医疗收入主要靠销售药品等收益。

（4）经营手段规范化

当前我国医院经营管理仍以行政手段为主，而经营手段运用力度不够，更缺乏法制手段。规范医院经营手段的关键在于建立规范的经济管理及其相应的法制和法规。

综上可见，医院经营规范的建立，不仅涉及医院的经营活动，还涉及上级有关部门的政府行为。

7.1.6 医疗市场与医院经营策略

1. 医疗市场的基本特征

医疗机构的大部分收入是通过医疗服务所获得的，其中充满了市场经济的经营活动。但毫无疑问，医疗市场是一个特殊的市场，与其他市场有一些区别，表现在以下几个方面。

① 医疗市场的供需关系具有特殊的双重属性。医疗服务的供需双方，不仅具有供需市场关系，同时也是人道主义的救死扶伤的服务关系。

② 医疗市场是特殊的卖方市场。医疗机构和医务人员与患者的关系不同于一般的供求关系，由于信息的不对称，供方提供服务具有一定的垄断性。

③ 医疗市场的供需关系具有特殊的综合性。在一般的市场供需关系中，有物质产品关系和服务产品关系等，而医患关系，是将物质商品通过技术劳务，并与情感交流相结合融为一体的综合性供需关系，并不应该成为简单而无情的金钱关系。

④ 医疗市场具有多层次、多方面的特殊制约性。即使在自由市场为主的美国，医疗服务都在一定范围内具有一定程度的社会福利性质。

由此可见，医疗市场是一个有特殊性的市场，是一个不完全竞争的市场。

2. 医院的计划和市场营销

计划和市场营销是医院对环境的基本反应，是医院日常经营管理的重要部分。在一些人眼里，市场营销就是产品服务的促销和广告等，但实质上，市场营销和计划却是紧密联系的。医院的计划和市场营销是一系列的过程，其主要步骤如下。

（1）市场分析

市场分析是首要的步骤，包括环境评估（Environmental Assessment）和内部评估（Internal Assessment）。

外部环境的评价有助于进行策略计划，明确认识组织在竞争的环境中的潜在威胁

（Threats）、障碍（Barriers）和机遇（Opportunities）。评价外部环境包括：（a）宏观环境；（b）法规环境；（c）经济环境；（d）社会环境；（e）竞争环境；（f）技术环境。

外部环境的评估是为了医院今天和将来更好地在市场中生存和发展，所以需要用一些特定的方法学去做预测。内部评价，则可以帮助医院的领导摸清组织的优势（Strength）和不足（Weakness），同时结合外部评价的威胁和机遇信息，产生组织的市场新策略。在内部评价中，必须考虑以下各方面：（a）管理；（b）财务系统；（c）市场；（d）临床系统；（e）组织结构；（f）组织文化；（g）信息系统；（h）后勤支持系统；（i）领导能力。

所有以上的内容需要收集定量和定性数据，同时面对信息，决策者也必须具备一定的判断和决策的能力。综合外部和内部评价，将形成对组织的 SWOT 分析，即优势、不足、机遇和威胁。

SWOT 分析法是一种可以对外部环境的威胁（Threats）、机会（Opportunities）进行分析辨别，同时估量组织内部的优势（Strengths）与劣势（Weaknesses），制订有效战略计划的方法。它将医院外部环境的威胁（T）与机会（O），内部条件的优势（S）和劣势（W）同列在一张十字图形表（称为优势—劣势—机会—威胁矩阵）中加以对照，从内外环境条件的相互联系中做出深入的分析评价，如图 7-2 所示。

内部环境 外部环境	优势——S 逐条列出优势，例如管理、人才、学科、设备、科研和信息发展等方面的优势	劣势——W 逐条列出劣势，例如在左面“优势”格内所列举的这些领域的劣势
机会——O 逐条列出机会，例如目前和将来政策、经济、新技术、疾病谱及医疗市场等	SO 战略 发挥优势 利用机会	WO 战略 利用机会 克服劣势
威胁——T 逐条列出威胁，例如上面“机会”格内列出的那些范围的威胁	ST 战略 利用优势回避威胁	WT 战略 清理或合并组织，与巨人同行，走专、精、特之路

图7-2　SWOT分析图

（2）确立医院的宗旨和目标

医院的宗旨是为人民群众提供优质高效的医疗保健服务，在具体的不同医疗机构中，则有具体的目标，如服务的主体人群等。

（3）长期计划

有人把长期计划形象地比喻成为三个组成部分：一个过程、一本书和一个图书馆。所谓“过程”是指收集、分布、测试和评价将来可能性的所有活动。“书”则是指长期计划，是将使命和目标具体化。

（4）捕捉机遇

面对不断变化的环境，医院的管理者必须有捕捉瞬息即逝机遇的能力，以获得医院发展

的良机。对于机遇，有策略性反应和项目性反应两种。

策略性反应（strategic responses）一般是对医院外部特殊事件的反应，时间性很强，影响广，往往需要调整医院的使命和目标，改变管理体制、医院结构、医生和医院的行为等。例如，主要服务的增减、扩容或替代、机构合并等。

项目性反应（programmatic responses）一般是对医院内部部门事件的反应，因此量多，影响范围有限。

（5）项目计划

项目计划是医院管理者制订的短期行动计划，它必须明确为什么做，做什么，谁做，什么时候做，在什么范围做，为谁做，怎么做等基本信息。

医院可开展的项目计划很多，但不妨注意以下几点：

① 以病人（consumers）、改革（change）和竞争（competition）为中心进行组织的功能重组、重建、新建。

② 调整服务内容、服务模式和服务结构，以适应环境的变化。

③ 业务收入结构向健康方向调整，尽量和社会的要求合拍。

④ 注重资源配置的经济收益。

⑤ 强调发挥人的主观能动性，用物质和精神相结合的目标管理方式改善工作效率。

（6）评价择优

项目计划应该有两个以上的方案，这样可以通过评价来选择更佳的方案。在评价方案时，可以从项目计划与使命、长期计划的相关性、项目效益、市场和需求、成本和资源、财务、时机、执行和评价等方面进行综合评价。

（7）信誉宣传和沟通

面对竞争的市场环境，医院也必须注重市场的占有率，不仅要巩固已获得的医疗市场，更需要开拓新的医疗市场。市场营销的手段包括：形象宣传、公益活动、优惠价格、社会各界的沟通和协调等。

7.1.7 医院经营决策

1．经营决策的内涵和意义

经营管理学认为：“管理的中心是经营，经营的重心是决策。”采用科学方法，从若干方案中经过分析判断，选择一个合理、可行的方案，称为经营决策分析。决策分析的意义在于选出可行合理的方案，以达到未来行动目标。决策分析是把决策目标变为行动的关键。错误的决策分析可能使正确的决策目标不能实现。由此可见，科学合理的决策是医院经营管理的基础和核心，对于医院充分发挥社会功能，取得较好的医疗效果，提高社会效益和经济收益有着十分重要的意义。

2．经营决策的分类

根据经营决策目标的不同，经营决策分析可分为以下两大类。

（1）经营战略决策

经营战略决策是指经营管理和经营活动的总体性、长远性战略方向的选择、决定和部署，是专门研究经营行为动机与实现总体的、长远的经营目标途径的决策分析，故称为“以过程为导向的决策理论”。

医院经营决策分析，应首先重视经营战略决策，主要内容是：

① 经营方向和经营模式的决策；

② 经营结构的战略决策，就是在对现实经营结构各项比例关系进行具体分析的基础上，对今后经营结构的全面调整和发展进行决策分析；

③ 经营体制改革目标的战略决策；

④ 中、远期经营目标的规划决策。

（2）规范性经营决策

所谓规范性经营决策，就是为了使某项经营活动取得理想的结果而研究选择最优方案的选择原理、原则的决策分析，故称为“以结果为导向的决策理论”。它是与战略决策相对而言，是战术性或具体经营项目的决策分析。规范性经营决策应受战略性经营决策的指导和制约，为战略性经营决策服务。

规范性经营决策要对所能利用的资源（人力、物力、财力）进行可计量的决策分析，并且服从数学规律和运算程序，力求量化，以便在不同备选方案中进行定量选择。定量决策分析中，核心依据是不同备选方案的差量（也称增量）。有些不易用精确可度量单位数值量化的经营项目，即可进行定性决策分析。

3．经营决策分析的程序和原则

经营决策分析的程序是：制定经营决策目标——设定备选方案——对各备选方案进行评价、比较——多方案选优汰劣。以上程序包括六项内容：

① 提出问题。即首先设定该经营决策要解决什么问题。

② 探求备选方案。要制订两个以上备选方案，并对每个方案的利弊进行论证和比较。

③ 计算相关联的成本、收入等资料数据。

④ 在备选方案中选择最佳方案，并再次论证和进行风险分析。

⑤ 考虑非计量因素和不易预测的情况。

⑥ 确定决策方案及行动计划。

进行经营决策分析应坚持以下原则：

① 最优化决策原则；

② 机会成本原则；

③ 沉入成本原则；

④ 稳健原则；
⑤ 资源限制性原则；
⑥ 决策授权原则。

7.2 医院成本核算

我国现行的会计准则和医院会计制度对医院成本核算的原则和方法并无明确和具体的规定。2008 年 2 月，我们对全国 31 个省（市）自治区 40 家医院的成本核算方法进行了调查，共发出问卷 40 份。收回 36 份，有效率为 90%。从调查了解的情况看，各医院只是参照企业成本核算的原理，结合医院经济运营管理的总体现状，单独制定自己的核算政策。由于缺乏系统、规范、统一和标准的成本核算方法和与之配套的成本核算软件，目前各医院收入与成本归集的方式不一致，成本摊销的范围不等，成本核算的方法也不尽相同。医院相互间的经济数据没有可比性，失去了彼此之间交流和对比的基础，既不能全面、真实地反映医院的效益及运营管理的水平，也不能为政府制定合理的医疗服务价格提供准确的决策依据，导致医院长期在高成本、低效益的状态下运行。

医院成本核算就是医疗机构把一定时期内实际发生的各项费用加以记录、处理、计算、分析和评价，按照医疗服务的不同项目、不同阶段、不同范围计算出医疗服务总成本和单位成本，以确定一定时期内医疗服务成本水平，考核成本计划的完成情况，并根据不同医疗服务项目的消耗，分配医疗服务费用的一种经济管理活动。

7.2.1 成本核算的目的和意义

（1）医院实行成本核算的目的

医院实行成本核算，其目的是通过对医院和医疗服务成本的核算与管理，真实反映医疗活动的财务状况和经营成果，减少浪费，从而提高医院的社会效益和经济收益，增强医院在当今市场经济下的竞争能力。医院实行成本核算的目的可以概括为以下四点：

① 反映医疗活动的财务状况和经营成果；
② 加强医院成本的分级管理，避免浪费；
③ 促进医院优质高效低耗运行；
④ 促进医院经营管理的科学化、现代化。

（2）医院成本核算的意义

成本是商品经济的价值范畴，是商品价值的组成成分，是进行生产经营活动或达到其他目的所耗费资源（人力、物力和财力）的货币表现。在医院核算中，成本是医院活动过程中的活劳动和物化劳动的消耗总和。成本是收入的来源，相同的成本耗费所产生的收入会因为各种原因的影响而存在差异，这就是成本核算存在和进行的空间。

随着人们收入和生活水平的提高，医疗服务的需求增加，医疗市场前景广阔，同时人们收入水平和健康意识的差异使医疗服务市场细分，要求医院要具备竞争优势。同时，一些资源雄厚、技术好、服务到位、适应市场营运的医疗机构的出现，不仅分流了现有的病源，而且它们灵活机动的分配机制也导致医疗人才的流失。面临机遇和挑战时，医院应通过科学、合理的成本核算来控制和节约成本，提高医院竞争力。

7.2.2　医院成本核算的对象和方法

与企业相比，由于医院是一个庞杂的大系统，所以医院的成本核算甚为复杂。病人病情的不同，诊治方法的多样，医院服务项目的繁多和学科的广泛，使得成本核算在技术方法上存在着一定的特殊性。首先是如何划分和确定成本核算的对象，采用怎样的核算方法，其次才是方法的使用。

1．医院成本核算的对象

成本核算对象是指成本归属的对象或成本归集的对象，确定成本核算对象是确立解决成本由谁承担的问题。

医院是一个较完整的系统，它有医疗业务部门、药品销售部门、制剂加工部门、辅助业务部门和医院管理部门。由于各部门的业务性质不同，管理要求不一样，因而就出现成本核算的多样性和复杂性。如医疗业务部门具有服务行业性质，要求按服务项目核算劳务成本；药品销售部门具有商业性质，要求核算药品流转费；制剂加工部门具有加工企业性质，要求按加工品种核算产品成本；辅助业务部门和医院管理部门是服务和管理医院业务的，要求核算部门费用，期末摊入以上医疗、药品、制剂三个部门成本中去。因此，医院成本核算，首先需要核算各部门的成本，在部门成本下，还要按部门业务性质和管理要求，分别核算医疗业务成本、药品销售成本和制剂加工成本。

2．医院成本核算的原则

医院成本核算是在一定时间范围内对医院所发生的成本进行归集。成本核算应遵循以下原则：

① 基础工作准备充分原则；
② 真实性和及时性原则；
③ 实际成本原则；
④ 可比性原则；
⑤ 一致性原则；
⑥ 责权发生制原则；
⑦ 分别核算原则。

3．医院成本核算的范围及成本习性分析

（1）成本核算的范围

成本核算的范围，根据目前卫生部、财政部颁发的财务制度规定，按用途进行分类，可分为：人员经费、材料费、修购费、水电消耗费、药品消耗费、公务费、业务费及其他费用八类。按制度要求，其中其他费用核算的内容是指除前七项费用之外的费用都作为成本列入其他费用支出，这样确定具有不合理因素，特别是医疗事故的处理费用，如何合理列入成本，更值得探讨。最近几年，各医院的医疗事故频频发生，处理医疗事故的相应费用支出、违规罚款、滞纳金等支出均具有不确定性，列入成本作为其他费用支出直接影响当期成本，将造成各时期的成本分析具有较多的不确定因素。所以在成本核算过程中必须准确确认成本范围，才能把握成本核算的准确性。

（2）成本习性分析

医疗中消耗的各项费用总和，可分为固定成本、变动成本、混合成本。固定成本是指成本总额在一定时期和一定医疗服务量的范围内不随服务量的增加而变动，如固定资产、房屋、设备等，它具有在一定相对固定的范围内，随着服务量的增加而减少或随服务量的减少而增加的特点。此部分成本的核算使科室减少了不必要的办公用房，减少了不必要的设备购置，加强了设备的使用与管理。变动成本是指成本总额的变动与服务量的变动之间成正比关系，如手术、试剂、水电费、卫生材料等。部分具有变动成本的总额取决于医疗服务量的大小。兼有固定成本和变动成本性质的称为混合成本，通常分为半变动成本、半固定成本和延期变动成本。通过成本习性的分析，可以加强对成本费用控制，对不同成本项目采用不同的成本控制方法。

4．成本核算的方法

目前，我国医院成本核算的方式主要分为院、科两级。其中，院级成本核算为会计核算，主要侧重于医院层面，具体负责医院经费的收支管理及院级会计事务，定期向上级和医院领导提供有关数据、报表分析等会计信息，实施对外报告；科级成本核算为统计核算，主要侧重于科室层面，具体负责科级收支统计核算、经济运营状况分析、成本控制以及绩效分配等，实施对内报告。院、科两级核算虽然是两种不同的核算方式，但互相之间是协助关系而不是从属关系。区别点在于职责和分工不同，两种核算方式既相互交叉、又互为影响。其中，科级成本核算为院级成本核算提供补充资料，院级成本核算又为科级成本核算提供院级间接成本的分摊数据。但以上两种成本核算方式只能反映成本管理的事后结果，仅为医院的效益分配和运营管理提供决策依据，没有考虑到医院的远景规划，不能在事前、事中对成本进行有效地管理和控制。这也是以上这两种成本核算方法的弊端和不足之处。

成本核算的基本框图如图 7-3 所示。

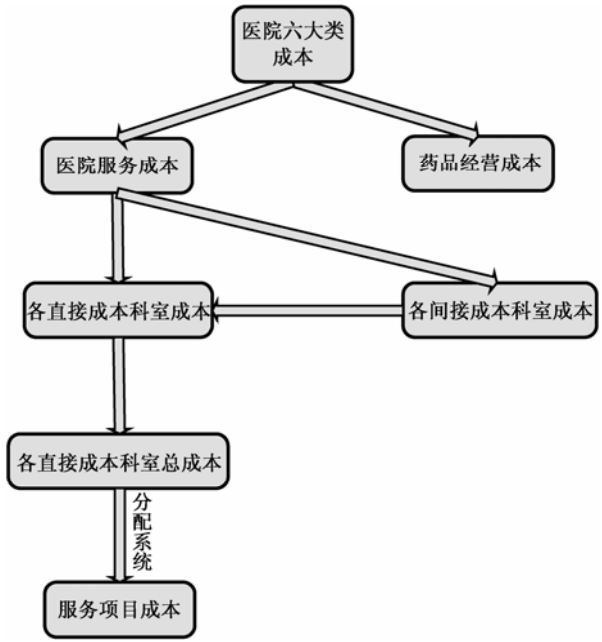


图7-3　医院医疗服务项目成本核算基本框图

7.3　影响医院经营管理的政策

20 世纪 90 年代以来，我国医疗费用增长较快，药品费用占医药总费用的比重较高，国家、社会和个人的医疗负担增加较大。面对医疗卫生系统存在的问题，我国政府采取了一系列的政策措施以提高医疗服务的可及性、医疗服务的效率与质量，并降低医疗服务的费用。本节主要探讨当前对医院经营环境影响较大的国家医疗卫生宏观政策，分析医疗机构分类管理、医院药品收支两条线、总量控制结构调整、医疗保险制度改革等对医院经营环境的影响。

7.3.1　医疗机构分类管理

2000 年 2 月，我国国务院办公厅转发了国务院体改办等八部门制定的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》（以下简称为《指导意见》），提出了建立新的医疗机构分类管理制度，将医疗机构分为营利性和非营利性两类进行管理的改革举措。但是，医疗机构的分类管理仍有许多方面需在实践中不断总结与完善。

1．医疗机构的分类与特点

（1）医疗机构的分类

我国将医疗机构分为营利性医院与非营利性医院，主要是按医院的经济性质和运行目标

进行分类。营利性医院是指这类医院的运行目标是以追求利润最大化为目标，其税后利润可以给予投资者一定的回报。非营利性医院指这类医院的运行不以获取利润为目的，而是追求特定的社会目标。此外，非营利性医院在终止业务活动后，其剩余资产由社会管理部门处置，出资者无权自行处置。国际上一般把医院划分为三类：政府医院、非营利性医院和营利性医院，见图 7-4。

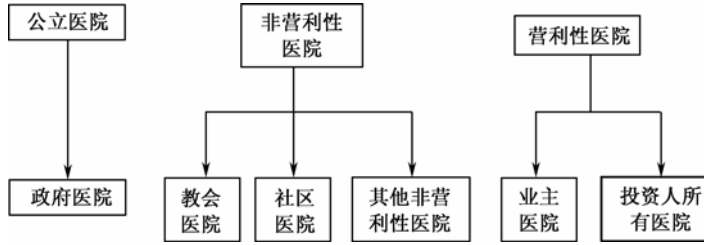


图7-4 国际医院分类

过去，我国医疗机构体系是 20 世纪 50 年代在计划经济体制下建立的，主要由全民所有制机构和集体所有制医疗机构构成。随着我国医疗机构分类管理的实施，医疗机构将分为非营利性医院和营利性医院。根据国际经验和我国有关法规，非营利性医院可包括政府医院、企业医院、社区医院和一部分民办医院，营利性医院可包括私立医院、股份制医院和中外合资医院，见图 7-5。

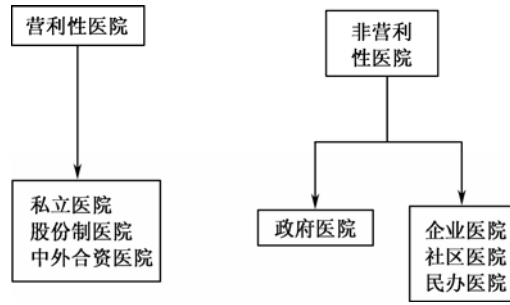


图7-5 我国现有医院分类

（2）营利性医院与非营利性医院的特点

营利性医院以利润最大化为目标，容易发生为了追求利润而损害消费者利益的行为。同时，营利性医院为了获取最大利润，有较强的动力去了解市场的信息，规避市场风险，强化内部管理，以使医院能发挥自身的优势抓住市场的机会，提供消费者需求的医疗保健服务。与其对应，非营利性医院特征正好相反。

（3）美国营利性医院与非营利性医院的比较

美国医疗机构包括各种医院、护理院、老年病医院等，从机构性质可分为政府医院、非

政府非营利性医院和营利性医院三类。美国政府医院包括联邦政府医院、州及地方政府医院，由于他们的举办目的也是非营利性的，所以也可看作是非营利性医院。北京大学医学部、国家卫生部医政司等对美国营利性和非营利性医院在医院规模、门急诊服务量、住院服务量、医院效率、医院支出等方面的比较研究表明，在美国的医疗服务中起主导作用的是非营利性医院，非营利性医院平均规模大于营利性医院，特别是非营利性医院中的非政府医院。此外，与人们通常认识的不同，美国非营利医院的工作效率仍较高，营利性医院的费用并不高，这可能与美国非营利性医院也非常重视经营管理及市场开拓有关，同时营利性医院也非常重视降低医疗费用，来吸引病人。在美国，非营利性医院和营利性医院都依靠提供优质、高效率和低费用的服务，使自己在社会竞争中有一席之地。

2．医疗机构的分类管理

医疗机构在客观上存在不同性质与类型，所以医疗机构的分类管理是必然的。我国政府对医疗机构的分类管理实质就是将医院分为营利性医院和非营利性医院，政府按现代企业制度管理营利性医院，按非企业单位的管理制度管理非营利性医院。通过医疗机构的分类管理，引入市场竞争机制，倡导多种形式办医，发挥各类医院的优势与作用，满足人们对医疗服务的不同层次的需求，使医疗卫生服务优质、高效，费用合理。

（1）医疗机构分类管理的意义

① 有助于克服按所有制分类的弊端。医院通过股份制改革、股份合作制改革、内部职工参股、医院集团形成、拍卖转让等多种形式，建立了以公有制为主体、多种所有制并存、有序竞争、共同发展的医疗服务体系。在市场经济的环境下，医院的所有制性质可以随资本结构的变化而变化，按医院的所有制进行分类已无多大实际管理意义。

② 有助于政府职能和管理方式的转变。在市场经济体制下，政府的职能应从微观管理、直接管理转向宏观管理、间接管理，主要应通过行政管理、法制和经济手段来影响医疗市场的供给与需求。

③ 有利于保证医疗卫生事业整体上的公益性。在市场经济条件下，要做到医疗行业的公益性。

④ 有利于推动我国医疗卫生事业结构调整和制度创新，实行医疗机构分类管理，形成和完善医疗服务市场和医疗服务要素市场，发挥其探索社会需求和推动产业结构调整的作用。

（2）医疗机构分类管理的内容

医疗机构分类管理就是对不同类型的医疗机构进行不同的规范管理。对非营利性医疗机构分类管理的重点内容包括：

① 财产制度。非营利性医疗机构具有独立法人财产权，其资产属于社会所有，捐赠者不得拥有其所有权。

② 财会制度。非营利性医疗机构具有与营利性医疗机构（企业）完全不同的财务和会

计制度。

③ 领导体制。非营利性医疗机构可以以董事会或理事会的形式进行管理。同时在董事会领导下引进经营管理人才参加医院的管理，通过集体决策机制和两权分离机制，既能保证其服从社会公共利益，又促进医院管理的职业化、专业化，提高其管理效率。

④ 监督制度。为保证非营利性医疗机构的服务符合社会公共利益、其公共产权不被非法侵占和利用，非营利性医疗机构必须有严密、全面的监督制度。

对非营利性医疗机构的最重要的监督应是财务监督，医疗机构是否保证公共产权的安全和完善，以及是否有效地利用公共财产造福居民。

3．实施医疗机构分类管理有待关注的问题

2000 年 2 月，国务院办公厅转发了国务院体改办等八部门制定的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》，提出了建立新的医疗机构分类管理制度。在实施医疗机构分类管理中，如何明确非营利性医疗机构和营利性医疗机构的各自经营范围与运作方式，如何实施不同的投资、价格和税收政策，是人们关心和需要进一步研究的方面。

（1）有区别的投资政策

我国现有的医疗机构公有制比重较高，营利性医疗机构及民办非营利性医疗机构比重较低，为促进医疗机构的发展，政府应适当鼓励民间资本投资于营利性医疗机构，并通过产权形式多元化的改革，发展一部分营利性医院，以适应社会多层次需求。同时，对非营利性医疗机构也要改变单纯由政府投资的做法，通过信贷优惠政策鼓励民间兴办非营利性医疗机构，对民办非营利性医疗机构承担的公益性服务也应有一定的经费补贴。

（2）不同的价格政策

长期以来，我国医疗机构的收费价格由政府管制。实行分类管理后，对于营利性医院和民办非营利性医院的价格管制应适当放开，由这类医院依据市场供求自主定价。对于政府医院，应当继续实行必要的价格管制，以适应群众的基本医疗需求。

（3）不同的税收政策

制定既符合税法又符合我国医疗卫生事业特点的医疗卫生税收政策，是实行医疗机构分类管理的重要条件。营利性医疗机构理应按国家税法有关规定照章纳税，但由于医疗服务治病救人的特殊性，医疗机构的营利行为和其他营利行为的内涵有所不同，由此在税率的制定上应有所区别。税务部门对非营利性医疗机构在落实税收优惠政策的同时，要严格监督其经营活动及其收支结余的用途。

（4）不同的资产处置权

营利性医疗机构可由投资者依法自行处置医院资产。对于非营利性医疗机构，可借鉴国际经验，规定其资产最终属于社会公益，不得自行处置、转移。对于政府医院，卫生行政部门应代表国家行使所有者权利，监督国有资产的保值增值，而政府医院作为独立法人，应该有人事权和自主经营管理权。

（5）营造公平竞争的市场环境

实行医疗机构的分类管理还需营造公平竞争的市场环境。卫生行政部门应鼓励营利性医疗机构与非营利性医疗机构在质量、服务、费用等方面展开公平竞争。对于营利性医疗机构，可以通过公平考核，合格者同样给予城镇基本医疗保险定点资格。

7.3.2　医院药品收支两条线管理

过去我国医院收入来自于医疗服务收费、药品加成收入和政府补贴，由于政府预算补助占医院收入比重不到 10%，90%以上的经费要靠医院的业务收入加以补偿。这种医疗补偿机制的不健全，使药品的生产、销售和使用的行为发生了很大的扭曲，对社会产生了极大的负面影响。医院药品收入实行收支两条线管理，药品收支结余全部上缴卫生行政部门，纳入财政专户，合理返还，很好地缓解了这一扭曲。

1．医院药品收支两条线管理的历史背景

在过去十几年中，卫生费用的快速增长，尤其是医疗药品费用占卫生总费用的比例过大。药品的生产、流通和使用环节存在大量的不合理甚至腐败的问题，人民群众的基本医疗服务受到一定的影响，这些问题一直困扰着我国政府，特别是卫生管理部门。如何使药品市场和卫生事业健康发展，减少不合理的用药，降低药品费用和医疗费用，引起了各方的关注。

（1）医院业务收入中，药品收入所占比重过大

2000 年，我国卫生总费用为 4764.0 亿元，人均卫生费用 376.4 元，卫生总费用占国内生产总值（GDP）比重为 5.3%。卫生总费用的增长速度快于国民经济增长速度，见表 7-1。

表 7-1　卫生总费用与 GDP 各年增长速度

年　　份	卫生总费用年增长速度（%）	GDP 年增长速度（%）
1990	14.3	3.8
1991	12	9.2
1992	13.8	14.2
1993	9.7	13.5
1994	7.7	12.6
1995	12.8	10.5
1996	19.5	9.6
1997	17.6	8.8
1998	14.3	7.8
1999	13.3	7.1

资料来源于赵郁馨的研究

从卫生筹资内部结构看，2000 年政府卫生支出为 709.5 亿元，占卫生总费用的 14.9%（见

表 7-2），政府卫生支出占卫生费用的比例下降而居民个人卫生支出比例增加。

政府对公共卫生服务投入在卫生总费用中所占比重不断下降，从 1990 年的 19.02%下降为 2000 年的 l4.89%。政府公共卫生支出占财政支出比重也从 1990 年的 4.58%下降为 1999 年的 4.0%，而国际上发达国家的政府公共卫生支出占政府支出的比重都较大，见表 7-3。我国卫生费用的增长与政府对卫生投入的减少，使卫生系统面临着巨大的社会压力与自身的经济压力。

表 7-2 卫生总费用（筹资总额）构成

年份	卫生总费用（亿元）	政府卫生支出		社会卫生支出		个人卫生支出	
		亿元	%	亿元	%	亿元	%
1990	743.0	185.7	25	282	38.0	275.4	37.1
1991	888.6	202.3	22.8	341.1	38.4	345.2	38.8
1992	1090.7	226.5	20.8	415.5	38.1	448.7	41.1
1993	1370.4	269.5	19.7	506.1	36.9	594.9	43.4
1994	1768.6	338.4	19.1	623.3	35.2	806.9	45.6
1995	2257.8	383.1	17.0	739.7	32.7	1135.0	50.3
1996	2853.5	461.0	16.2	840.7	29.5	1551.8	54.4
1997	3384.9	522.1	16.4	937.7	27.7	1925.1	56.9
1998	3776.5	587.2	15.6	1006.0	26.6	2183.3	57.8
1999	4178.6	640.9	15.3	1064.6	25.5	2473.1	59.2
2000	4764.0	709.5	14.9	1167.7	24.5	2886.7	60.6

表 7-3 部分国家中央政府公共卫生支出占总支出的百分比（1991—1995 年）

国家	公共卫生	教育	社会保险与福利	国防	其他
蒙古	2.4	3.6	22.2	11.3	60.5
印度	1.7	2.0	—	15.1	81.3
印度尼西亚	2.8	9.8	5.3	6.6	79.5
菲律宾	3.8	15.7	2.7	10.5	67.3
摩洛哥	3.0	17.8	6.1	14.3	58.8
保加利亚	3.2	3.7	30.7	7.0	55.4
墨西哥	3.0	23.7	21.0	3.8	48.6
捷克共和国	17.2	11.2	27.8	6.1	37.7
英国	14.0	4.2	30.5	9.2	42.2
澳大利亚	12.9	7.4	32.5	7.7	39.5
荷兰	13.9	10.5	37.4	4.3	33.9
法国	17.8	7	42.9	5.7	26.6
美国	16.9	1.8	28.5	19.3	33.6
德国	16.8	0.8	45.3	6.4	30.7
瑞士	20.7	2.7	46.0	7.1	23.4

资料来源于赵郁馨的研究

此外，我国医疗机构的医疗服务收费标准一直实行计划管理，政府统一制定，缺乏灵活的调节机制，并且医疗服务的收费标准低于其实际成本，特别是技术劳务性服务项目，收费标准明显偏低。l990—1997 年，全国医疗药品费用由 418.3 亿元增长为 1623.7 亿元，增长了近 3 倍，按当年价格计算，年平均增长为 21.4%。其中，最高年份增长 30.5%。医疗药品费用占卫生总费用的 50%以上，居世界较高水平（发达国家一般在 10%～30%之间，美国为 8%）。我国医院在门诊药物使用上应更加规范，将低价、针对性强的首选药物作为临床常用药物，则门诊药品费用应能下降，而不影响医疗保健质量。

（2）基本医疗服务可能受到影响

由于医疗费用的上涨、居民个人医疗费用支出比例的增加，致使一些经济困难的患者可能不能有效地得到及时治疗，贫困人群的基本医疗服务得不到满足。1993 年和 1998 年的全国卫生服务调查发现，我国调查人群的两周就诊率从 1993 年的 169.5‰降至 1998 年的 163.9‰；38.5%的患者未到医疗机构就诊（其中城市 49.9%，农村 33.2%）；在未就诊者中，87.5%的城市患者和 65.2%的农村患者采取了自我医疗（见表 7-4）；应就诊而未能就诊的患者中，经济困难原因在城乡分别占 32%和 38%；应住院而未能住院的比例为 33.45%（城市 29.5%，农村 35.3%）；未能住院的原因中，由于经济困难在城市和农村分别占 63%和 65%。

表 7-4　医疗服务需求

调 查 项 目	1993 年			1998 年		
	合计	城市	农村	合计	城市	农村
两周就诊率（%）	169.5	198.8	159.7	163.9	161.9	164.6
自我医疗病人（%）				28.5	43.6	21.5
两周未就诊率（%）	36.4	42.4	33.7	38.5	49.9	33.2
年住院率（%）	35.6	50.4	30.6	35.3	48.2	31.0

资料来源于饶克勤等调查

（3）药品市场管理混乱

药品市场混乱现象见于药品生产、流通、使用的各个环节。药品的生产厂家为使新药上市，除了要负担研究开发、临床验证、药品检查、登记注册等正常费用外，还要负担大量的公关费用，这些费用使药厂生产新药的成本上升，药厂新药研发减少，低水平重复建设，产品结构失调；此外，药厂为推销药品，以高定价高回扣作为主要促销手段，配以巨额广告，这些促销方式带来药品成本的增加再转嫁到患者身上，高价药品激增。药品流通渠道混乱，假冒、伪劣药品也进入药品市场。要整治药品市场的混乱，必须从各个环节进行干预，才能取得较好的实际效果。

2．医院药品收支两条线管理的目的及对医院经营的影响

医院药品收支两条线管理的主要目的就是要解决医疗机构普遍存在的“以药补医”的问

题，就是要切断医疗机构与药品营销之间的直接经济利益联系。

下面分析医院药品收支两条线政策的出台对医院的影响。

（1）有利影响

医院药品收支两条线政策对医院的发展会带来一些正面影响：

① 利于医院维持良好的社会形象，尤其是对政府举办的公立医院，更能体现医院全心全意为人民服务的办院宗旨。

② 实行医院药品收支两条线后，医院将不能主要依赖药品利润维持经营，医生的收入与药品营销脱钩。这迫使医院领导必须思考如何通过提高医疗质量、提高医疗服务的效率、降低医疗费用来吸引病人，迫使医生钻研医疗技术、提高医疗水平，以在社会竞争中不被淘汰。

③ 促使医院更加注重医疗成本，降低药品支出，提高医院本身实际的收支结余率。

④ 有利于医院开展社区卫生服务和预防保健服务。

（2）不利影响

医院药品收支两条线政策对医院的发展还是有一些负面影响：

① 由于药品收支结余上缴金额的绝对值很大，不加强管理，不利于资本的有效和合理运作；

② 药品收支结余上缴使医院流动资金不足，因为实施“医药分开”和“药品收支两条线”后，药品营销部门不会无偿地让医院占用 2～3 个月周转资金，同时药品收支结余要定期上交，医院的日常周转资金有可能发生困难；

③ 如果医院无合理的补偿机制，经济效益将下降；

④ 对支持医疗事业发展的项目基金，管理部门对重点项目还不能保证有足够的发展基金的投入；

⑤ 在实施医院药品收支两条线政策时，由于政策原因，致使医院之间的损益差异较大，需要调整。

3．在医院药品收支两条线管理中值得注意的几个问题

政策的效果不仅取决于政策本身在制定过程中是否考虑周全，而且还取决于政策实施过程。在医院药品收支两条线的政策实施过程中要注意下列几个问题：

（1）从整体上把握政策

医院药品收支两条线政策的实施不能解决药品费用上涨的所有问题。政府应从宏观上采取措施对药厂、经销商、医院三方面进行控制，不能将目光只盯在医院这个环节上，对群众也应宣传教育，改变药品消费观念，只有控制了各个环节，才能切实有效地控制药品费用。

（2）保证收支结余资金返还的客观性、公正性

医院药品收支两条线政策的实施中，资金返还是最敏感和最核心的问题，只有保证药品收支结余资金返还的客观性、公正性，才能使此项政策顺利落实。因此，在决定收支结余资金返还额时，考评小组应由一批有事业心、有责任感、业务能力强、作风正派的各类专业人

员组成。综合业务考评指标体系应区别医院的规模、类别，考核指标主要应包括：医院的工作量、医疗服务质量和效率、病人负担程度、医院的成本控制状况和医疗责任事故发生率等因素。

（3）进一步调整医疗技术性服务项目收费标准

医院药品收支两条线实施后，政府必须考虑对公立医院适当增加财政投入。政府物价部门应依据当地的经济发展水平、医疗需求水平及群众承受能力对医疗技术性收费标准进行合理调整，建立合理的医疗机构补偿机制，以保证医疗机构的正常运转。

（4）保证基本医疗用药

在医院药品收支两条线政策实施后，有关部门应制定合理的《医疗保险基本用药目录》，保证基本医疗用药。药品管理机构必须把为临床医疗和为广大患者提供药学服务当作自己的一项主要职责，发挥好监督、控制职能，保证临床医疗的正常运转，保证临床用药及时、准确、安全、有效。

（5）加强药品生产、流通领域的管理

在医院的门诊药房改为药品零售企业后，作为企业的药店必然以营利为目的，会采取多种策略追求利润。为控制药品费用，不仅要关注医院的医疗行为，还必须加强药品生产厂家的成本核算，加强对经销公司的审计，减少药品流通的中间渠道，加强对医药代表的监管等，促使与药品生产、销售有关的各方规范行为、合法经营。

本章参考文献

1. 丁涵章，马骏，陈洁. 现代医院管理全书[M]. 杭州出版社，1999

2. 董恒进. 医院管理学[M]. 上海医科大学出版社，2000

3. 姚阿庆等. 医院管理大全[M]. 科学技术文献出版社，1996

4. 雷海潮. 中国医疗机构分类管理的进展与特点[J]. 中国卫生经济，2001，20（6）：8～11

5. 卫经文. 医疗机构分类管理若干问题研究[J]. 中国卫生经济，2000，19（3）：7～9

6. 胡苏云. 医疗机构研究——营利性与非营利性[J]. 中国卫生经济，2000，19（9）：16～17

7. 雷海潮等. 美国营利性医院和非营利性医院的比较研究及对我国卫生改革的启示（之二）[J]. 中国卫生经济，2001，20（6）：18～20

8. 侯建林等. 美国营利性医院和非营利性医院的比较研究及对我国卫生改革的启示（之一）[J]. 中国卫生经济，2001，20（6）：14～17

9. 蔡仁华等. 医疗机构产权制度改革探讨[J]. 中国医院管理，2000，20（1）：13～14

10. 杜乐勋. 我国医院分类管理的若干问题研究[J]. 中国卫生经济，2001，20（6）：12～13

11. 钟东波. 论医疗机构分类管理的重要意义[J]. 中国卫生经济，2001，20（8）：14～17

12. 赵红征. 要为医院分类管理营造良好环境[J]. 中国卫生经济，2001，20（6）：21～22

13. 赵郁馨. l999 年中国卫生总费用测算报告[J]. 中国卫生经济，2001，20（9）：9～13

第 8 章　医院质量管理

医疗服务的质量是卫生服务体系的目标之一，卫生行政主管部门、医疗保险主管部门或机构、医院、医务人员、病人以及人民群众都十分关注这个涉及人的生命和生命质量的大问题。医院质量管理是医院管理的中心工作，是医疗管理的核心。随着医疗市场的不断完善，随着我国医疗保险体系的改革深化，质量必然成为医疗服务提供方立足市场的重要法宝。

8.1　质量管理的基本理论

8.1.1　全面质量管理

1．全面质量管理概念及特征

在国际标准化组织的 ISO 8402:1994 标准中，将全面质量管理定义为：“一个组织以质量为中心，以全员参与为基础，目的在于通过让顾客满意和本组织所有成员及社会受益而达到长期成功的管理途径”。从全面质量管理的内容和实施过程看，这个定义意味着，全面质量管理是作为一种以质量为中心的企业管理的方式或道路。这种管理途径的特征可以概括为：

① 在强有力的最高管理层的领导下，建立明确的中、长期愿景和战略；

② 正确地应用 TQM 中的各种概念、价值观和科学方法；

③ 把人力资源和信息视为组织的至关重要的基础架构；

④ 在一个适当的管理体系中，有效地运作质量保证体系及其他的跨职能管理体系，如成本、交货期、环境和安全方面的管理体系；

⑤ 在诸如核心技术、速度和活力这类组织的基本能力的支持下，确保与顾客、雇员、社会、供应商和股东的健康关系；

⑥ 持续地实现公司的目标，目标的实现应当有利于促进达成组织的使命，使组织成为一种受人尊重的存在并能够持续地获取利润。

2．全面质量管理的主要理论

在质量管理的理论体系形成和发展过程中，以美国的戴明（W. Edwards Deming）、朱兰（J. M. Juran）和休哈特（W. A. Shewhart）为代表的现代质量管理大师，做出了巨大的贡献，提出许多著名的质量管理思想，形成了全面质量管理的理念基础。

（1）戴明的质量管理 14 法

① 要有一个改善产品和服务的长期目标，而不是只顾眼前利益的短期观点。为此，要投入和挖掘各种资源。

② 要从一开始就严格控制产品质量，而不要依靠检验去保证产品质量。

③ 要有一个新的管理思想，不允许出现交货延迟或差错和有缺陷的产品。

④ 要有一个最小成本的全面考虑。在原材料、标准件和零部件的采购上不要只以价格高低来决定对象。

⑤ 要有一个识别体系和非体系原因的措施。85%的质量问题和浪费现象是由于体系的原因，15%的是由于岗位上的原因。

⑥ 要有一个更全面、更有效的岗位培训。不只是培训现场操作者怎样干，还要告诉他们为什么要这样干。

⑦ 要有一个新的领导方式，不只是管，更重要的是帮，领导自己也要有个新风格。

⑧ 要在组织内有一个新风气，消除员工不敢提问题、提建议的恐惧心理。

⑨ 要在部门间有一个协作的态度。帮助从事研制开发、销售的人员多了解制造部门的问题。

⑩ 要有一个激励、教导员工提高质量和生产率的好办法，不能只对他们喊口号、下指标。

⑪ 要有一个随时检查工时定额和工作标准有效性的程序，并且要看它们是真正帮助员工干好工作，还是妨碍员工提高劳动生产率。

⑫ 要把重大的责任从数量上转到质量上，要使员工都能感到他们的技艺和本领受到尊重。

⑬ 要有一个有效的教育培训计划，以使员工能够跟上原材料、产品设计、加工工艺和机器设备的变化。

⑭ 要在领导层内建立一种结构，推动全体员工都来参加经营管理的改革。

（2）朱兰的质量管理理论

朱兰提出“质量三元论”，即质量计划——为建立有能力满足质量标准化的工作程序，质量计划是必要的；质量控制——为了掌握何时采取必要措施纠正质量问题就必须实施质量控制；质量改进——质量改进有助于发现更好的管理工作方式。

朱兰曾尖锐地提出了质量责任的权重比例问题。他依据大量实际调查和统计分析认为，在所发生的质量问题中，追究其原因，只有 20%来自基层操作人员，而恰恰有 80%的质量问题是由于领导责任所引起的。在国际标准 ISO 9001 中，与领导职责相关的要素所占的重要地位，在客观上证实了朱兰博士的“80/20 原则”所反映的普遍规律。

（3）PDCA 循环

PDCA 循环最初由休哈特在 20 世纪 30 年代提出，之后被戴明采纳。这个循环模型是一个过程或系统改善的框架，PDCA 循环分 4 个阶段、8 个步骤。

PDCA 循环是质量管理的核心思想，它分成 4 个阶段，即计划（Plan）、执行或实施（Do）、检查或研究（Check or Study）和总结（Action）4 个环节，如图 8-1 所示。

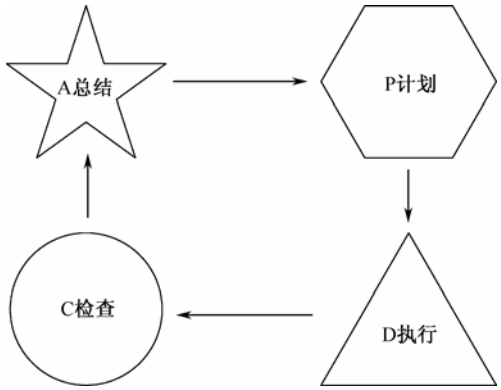


图8-1　PDCA循环示意图

PDCA 循环包含 8 个步骤，其中①～④属于计划阶段，⑤是执行阶段，⑥是检查阶段，⑦～⑧是总结阶段。

① 分析现状，找出存在的质量问题。
② 分析产生质量问题的各种原因或影响因素。
③ 从各种原因和影响因素中，找出影响质量的主要因素。
④ 针对影响质量的主要原因，制订质量改进的计划。
⑤ 执行计划，按预订计划和措施分头贯彻执行。
⑥ 检查效果，把实际工作结果和预期目标对比，检查计划执行情况。
⑦ 巩固措施，把执行的效果标准化，制订制度条例，以便巩固。
⑧ 把遗留问题转入下一个管理循环。

8.1.2　质量评价理论

医疗质量首先必须是对病人的伤害尽量最小化，能提供良好的服务，其次才是在各个医疗环节中重视期望的收益与损失间的平衡。这种广义的质量概念，在诊疗质量的基础上，强调了医疗技术使用的合理程度，医疗资源的利用效率和效益，病人结果的生命质量评价，病人的主观满意度等内容。也有人将医疗质量归结为：可得性、易得性、可支付性、满意性和有效性。可以说，医疗质量是医疗技术和管理的综合体现。

美国学者 Avedis Donabedian 于 1968 年首次提出质量评价的 3 个层次理论，即卫生服务系统的基本框架是结构（Structure）、过程（Process）和结果（Outcome）的动态构成，其框架结构如图 8-2 所示。

1．医疗质量评价的主要内容

（1）结构评价

医疗质量的结构评价和用以提供服务的人员与设备以及这些因素的组织形式相关联，即对医疗基本保证条件的考证，反映提供医疗服务的基础、规模和潜在能力。其中主要的因素有：人力资源（教育背量、技术能力和行医资格等）、医疗技术、组织机构设置和组织形式、药品、固定资产和医用物资等。结构评价职能是医疗质量评价的基本组成部分，而非最有效的评价方法。

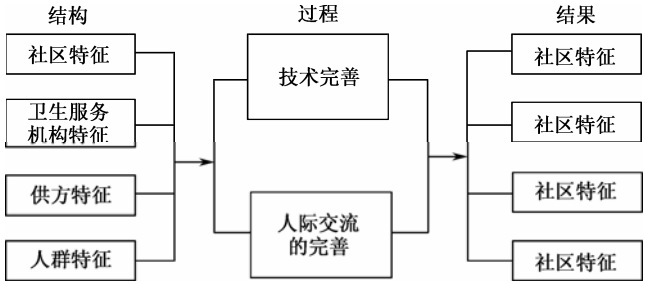


图8-2　质量评价的结构框架

（2）过程评价

医疗行为的过程指对病人做了什么，是对医疗工作顺序及其协调性进行考核，以检验治疗程序与专业标准是否相符合。反映组织系统全部的医疗活动和辅助医疗活动，做了些什么，怎么去做。

（3）结果评价

反映了健康状况因医疗保健而发生的净变化，即医疗行为的结果。在三种测量方法中，结果评价的评价效度最高、敏感度最强，评价方法也较复杂，费用最高。

2．医疗质量评价的特点

（1）结构评价

结构评价是对医疗服务潜在质量的静态评价，是医疗质量评价的基础环节，医院评审实际就是这类评价。目前的趋势是弱化规模评价，强调内涵发展能力的提高，强化资源配置结构与比例（垂直与水平）的测量，针对医疗需要变化的结构适宜性评价将会得到加强。

（2）过程评价

从质量保证的观点，过程质量的高低直接影响结果质量，单纯针对结果的测量是传统事后质量检验的手段。这类评价和工作的开展结合在一起，评价涉及组织系统的全员、全部门和全过程，所需的数据量大，数据要求准确可靠，测量结果还是能够得到，但是费时费力。局限性在于对健康结果的敏感性较差，存在相同过程不同结果，以及不同过程结果相同的现象。

（3）结果评价

它反映了健康状况因医疗保健而发生的净变化。健康结果测量由原来的临床结果测量（中间指标）发展到包括最终结果测量（结果指标）。中间指标大多采用疾病专一性指标，包括疾病归因死亡率、各种转归、症状的出现和消除、平均住院天数等。中间指标易获得，测量范围小，对医疗因素敏感，医务人员参与积极性高。局限性在于忽视了过程质量和病人的生命质量，如对转归差的疾病，即使过程质量完美，但结果评价偏低；对转归好、医疗要求低的疾病，即使存在某些医疗差错，结果评价偏高。最终结果测量是着眼于病人接受医疗过程后的全程生命质量，通常采用健康状况的效用指标等。健康状况测量包括身体、心理、社会、自身感受和疾病特征等因素，通过量表方式获得结果，其缺点是对非医疗性因素敏感。

3．医疗质量评价基本步骤

（1）建立评价指标体系

按照评价目地构建评价指标体系框架，筛选有代表性、确定性好、有评价意义、区别能力强和相互独立的指标组成评价指标体系。

（2）制定评价标准

根据指标值的分布，以指标的均数、最大值（最小值）或国家规定值为标准，制定科学、先进并符合实际的评价标准值。

（3）标化评价指标

为了消除评价指标间量纲不同或数据波动范围各异对综合评价结果的影响，采用概率单位法、线性插值法、指数法、百分位次法及秩次法等对评价指标值进行标准化。

（4）赋予评价指标权重

由于指标在综合医院综合效益评价中的重要程度不同，必须赋予各评价指标相应的权重。常用的方法有特尔非法、定性排序后定量转化法、层次分析法等。

（5）进行综合评价

得到各项评价指标的分数或秩次以及权重后，通过适当的综合评价方法计算综合评价值。

（6）分析评价结果

根据分层评价结果，分析各方面的效益状况，找出影响因素，采取相应对策。

8.2 医院质量管理概述

8.2.1 质量及医疗质量管理相关概念

（1）质量（Quality）

质量一词来源于拉丁文 qualis，即本质的意思。质量是指某种产品或某项服务工作的优

劣程度。也可以说，质量是一种产品或一项服务满足规定要求的特征和特性的总和。

质量的含义可以分成几个层次：符合性质量，以符合标准的程度作为衡量依据，“符合标准”就是合格的产品质量；适用性质量，以适合顾客需要的程度作为衡量的依据，朱兰博士认为质量是“产品在使用时能够成功满足用户需要的程度”；满意性质量，即一组固有特性满足要求的程度，它不仅包括符合标准的要求，而且以顾客及其他相关方满意为衡量依据，体现“以顾客为关注焦点”的原则；卓越质量，顾客对质量的感知远远超出其期望，使顾客感到惊喜，意味着质量没有缺陷。根据卓越质量理念，质量的衡量依据主要有三项：一是体现顾客价值，追求顾客满意和顾客忠诚；二是降低资源成本，减少差错和缺陷；三是降低和抵御风险。其实质是为顾客提供卓越的、富有魅力的质量。

（2）质量管理

质量管理是确定和实施以质量为中心的全部管理职能，质量管理的职责由最高管理者承担，也要求组织的全体人员承担义务并参与。质量管理包括战略规划、资源分配和其他有系统的活动。

医院质量管理是在医院系统中全面实行质量管理，按照医疗质量形成的规律，应用各种科学的方法，以保证和提高医疗质量达到预定目标的管理。

（3）医疗质量

美国医疗机构评审委员会将医疗质量定义为：对于特定的服务、过程、诊断及临床问题，遵守良好的职业规范，达到预期的结果。简单地说，医疗质量就是医疗效果，即医疗服务的优劣程度。医疗质量的具体释义应包括：

① 狭义医疗质量。是指一个具体病例的医疗质量，也称为传统的医疗质量。其概念有四个含义：

◆ 诊断是否正确、全面、及时；
◆ 治疗是否有效、及时、彻底；
◆ 疗程是长是短；
◆ 有无因院内感染或医疗失误等原因给病人造成不应有的损伤、危害和痛苦。

② 广义医疗质量。主要包括以下几个含义：

◆ 操作效率；
◆ 医疗费用是否合理；
◆ 社会对医院整体服务功能评价的满意程度。它不仅涵盖诊疗质量的内容，还强调病人的满意度、医疗工作效率、医疗技术经济效果（投入—产出关系）以及医疗的连续性和系统性，也称为医院服务质量。

（4）医疗质量管理

医疗质量管理是按照医疗质量形成的规律，运用现代科学管理方法，有效控制质量服务信息以及人力、物力、设备和技术等，以达到预定质量目标的活动过程。医疗质量管理是医院管理的中心环节，是医院的核心工作，现代医疗质量管理已由事后检查来判定医疗工作是

否符合标准发展到全面质量管理。

8.2.2 医疗质量组成结构及要素

医疗质量的形成既是一个过程，又有一定规律。医疗质量具有三级结构，即结构质量、过程质量和终末质量。按层次实施对构成医疗质量的各环节进行有效的控制是医疗质量管理的主要方法。医疗质量的三级结构是密切联系的，互相制约，互相影响。结构质量贯穿于质量管理的始末，终末质量是结构质量和过程质量的综合结果，而终末质量又对结构和过程质量起反馈作用。

1．结构质量

结构质量是由符合质量要求且满足医疗工作需求的各要素构成，包括人员、技术、设备、药品、信息、时限和环境等要素。结构质量的高低直接影响甚至决定整体质量，故成为管理重点，也是医疗服务的基础质量，是保证医疗质量正常运行的物质基础和必备条件。

（1）人员

人是医疗质量要素中的首要因素，其素质的高低对医疗质量起着决定性的作用。它包括医院人员的政治思想、职业道德、工作作风、业务技术水平、身体健康状况以及机构与人员组织配置的合理程度等。

人员管理主要包括以下两个方面内容：

① 数量充足，结构合理；

② 既重视医学专业人员，又不忽视后勤保障人员。

（2）技术

技术是医疗质量的根本。医疗技术一般是指医学理论、医疗技能和专科技术水平，包括专业技术、管理技术以及在医疗活动中使用的所有技术。医疗服务的实质是“人”运用“医疗技术”为“病人”服务。

技术管理包括以下三个方面内容：

① 技术标准规范和评价。技术标准执行、经济效益的评价等。

② 基本技术训练。

③ 技术学习与更新。医疗专业技术、管理专业技术以及保障专业技术，都是靠学习实践和训练获得的。

（3）物资

物资是医院存在的基础，医院物资、药品器材的供应、设备的完好和先进程度是医疗质量的保证基础。

物资管理主要包括以下几个方面的内容：

① 设备的购置要符合医院实际，并有计划地进行设备更新换代；

② 提高设备的完好率和使用率。设备使用率不仅要看作是对卫生资源的利用，而更重

要地要看作是提高基础医疗质量的一个内容，同时还要注意物资合理使用；

③ 合理用药，保障医疗需求。严格执行《中华人民共和国药品管理法》，完善药品物资管理规章制度，严格把好质量关，保证药品物资质量，杜绝假冒伪劣药物品，是医疗服务质量的物质基础和保证。

（4）规章制度

医疗质量管理必须以相应的合理完善的规章制度为基础和行为准则。没有规章制度，医疗质量就无法形成；有了规章制度而不去执行，医疗质量同样不能保证。

① 用规章制度规范医院工作。医院的工作，不论是直接参加医疗服务还是间接参与医疗服务，都需要有一整套工作制度规范。

② 用规章制度规范工作人员行为。医疗服务是一项很严密的工作，对于每一个参与医疗服务活动的人员，都应该有相应的任务分工和责任要求，以使每个工作人员任其职、尽其责，共同完成医疗服务工作。否则，医疗服务就处于无政府状态。

③ 用规章制度规范医疗质量。医疗质量的高低，是通过对疾病的诊疗来形成，通过对各种服务效果的评价来体现。因此，必须有一套评价标准。如诊断质量、治疗质量、护理质量等的评价标准，既是评价质量的指标，又是医疗质量管理准则。

（5）药品物资

药品物资指药品、试剂、消毒物品、消耗性物资、生活物资等医疗所需物资。药品物资供应要齐全、及时和质优。它是医疗服务质量的物质基础和保证。加强医疗质量管理，必须抓好药品物资管理规章制度，严格执行《药品管理法》，完善药品物资管理规章制度，严格把好质量关，保证药品物资质量，杜绝假冒伪劣药品。合理用药，保障医疗需求。

（6）时间

时间又称时限，实施任何医疗过程，都必须注意及时性、适时性和准时性，医疗质量必须有时间观念，重视时间对基础医疗质量的影响。

① 时间能影响医疗质量。换言之，医疗质量的高低与时间有着密切关系。例如，急症抢救时，时间显得非常重要，往往只是几分甚至数秒钟，治疗的结果就可能是截然不同的两种结果。

② 工作效率是医疗质量的一个组成部分，浪费时间就是降低工作效率，而降低了工作效率就是降低了医疗质量。充分利用时间是提高工作效率的主要方法。

医疗质量各要素之间是互相依靠、相互制约的，必须通过有效的组织管理，使各个要素有机地组合，使基础医疗质量的作用和效率最大化。

2．过程质量

过程质量指医疗全过程中的各个环节质量，又称为环节质量，包括门诊工作质量，急诊、急救质量，医技科室检查诊疗质量，临床科室诊断、治疗、护理、科研、教学质量，以及与质量有关的医德医风、后勤保障质量等。过程质量直接影响整体医疗质量，对过程质量的控

制，也称为过程质量管理。

（1）诊断过程质量管理

诊断是医疗活动的第一个环节，根据诊断的步骤，诊断通常既是一个过程，又是一个结果。过程质量管理主要应该在以下方面进行加强：

① 首诊医师负责制度和报告制度。

② 落实三级医师查房制度。

③ 落实会诊、疑难病例讨论和术前讨论制度。

（2）治疗过程质量管理

① 治疗过程质量与多个专业工作、多个部门人员有关。医生主要是制订治疗计划并实施治疗操作，包括手术、医疗技术操作等；护士是各种治疗方案的直接实施者；治疗用药的调剂、配制由各级药师完成；而仪器的治疗大都是由医技人员操作的。

② 技术水平是治疗疾病的基础。涉及治疗的专业技术较多，除医师诊疗水平外，还包括临床护士技术水平，治疗技师的操作水平和药材供应技术水平等。

③ 制度是治疗环节医疗质量的保证。一是靠制度管理。除了国家的有关规定外，各个医院还有自己的规定，如能严格执行，治疗质量就会有保证。二是加大技术训练力度。对于各类人员，加大专业技术训练，只有专业技术水平提高了，治疗环节的医疗质量才能提高。

（3）护理过程质量管理

护理工作质量对医疗质量作用很大，如果没有临床护理工作，医疗活动就无法进行。护理过程质量内容包括实施各种治疗方案，观察记录病情变化，协助病人日常生活及进行病区秩序管理等。另外，护士素质对于护理质量有着直接的影响，包括思想素质、业务素质、身体素质和心理素质。

护理过程质量管理要点包括以下三个方面。

① 落实护理相关的各项规章制度，如查对制度和分级护理制度等；

② 履行护理工作的各项职责，如护理人员职责（包括门诊急诊科护士职责、临床科护士职责）、护理管理人员职责（包括护理部主任职责、护理部助理员职责）等；

③ 严格开展护理操作技术训练活动，如吸痰技术、导尿技术、静脉穿刺等护理操作技术。

（4）过程质量管理的主要方法

① 把握医疗过程中的各个环节。环节是医院管理过程的重要组成部分，医疗过程中每一个环节的质量都会直接影响到整个医院质量；了解、掌握每一个环节的具体内容，将其分解到最小单元，才能真正达到环节质量管理的目的。

② 抓住各环节重点。第一，重点科室，如门诊、急诊、外科、妇产科、骨科和麻醉科等；第二，重点人员，如新调入人员、实习生和进修生等；第三，重点因素，如思想不稳定、工作不安心、对立功受奖、技术职务评定不满等；第四，重点时间，如节假日和工作特别忙碌时；第五，重点措施，如三级医师查房、会诊、大手术术前讨论，急危重病人抢救、疑难

病人会诊、告知等制度。

③ 通常采用现场质量检查和控制，也可采用全面检查、抽样检查或定期检查。

从医院医疗质量管理和控制角度看，医疗过程质量管理是一种十分有效的管理手段，它是一种现场检查和控制，可以及时地发现问题并加以修正，保证医疗质量。

3．终末质量

医疗终末质量是医疗质量管理的量后一个环节，是病人在医院诊疗后的质量评价，也包括对病人的随访。医疗终末质量管理主要是以数据为基础，综合评价医疗质量终末效果的优劣，是基础质量和过程质量综合作用的体现。因此，医疗终末质量是质量评价的重要组成部分。主要包括病案质量、统计指标以及管理指标等。病案质量是终末质量的最主要内容，一个医院的管理水平，一个科室的控制能力，医师、护士的技术水平，都能在病历中反映出来。

终末质量管理主要是通过事后检查，不断总结经验教训，并对医疗过程进行及时的反馈控制，促进医疗质量循环上升。常用的评价终末质量的指标有入院及出院诊断符合、三日确诊率、平均住院日、医疗费用、治疗结果、院内感染率、有无并发症等。

8.2.3　医院质量管理的基本原则

（1）病人满意原则

质量是反映某种产品或某项服务工作优劣程度的指标，而医疗质量的优劣性则主要体现在病人的满意度上。医疗服务的对象是病人，病人是质量的最终鉴定者和评价者，病人满意才说明医疗质量高。病人满意原则是医院追求的最高标准，一切为了病人，为了一切病人是现代医院质量管理发展的结果。

（2）数据化原则

现代质量管理重视用数据说话，没有数量就没有准确的质量概念。因此，质量管理的关键之一就是把握决定质量的数量界限。医院质量管理必须寻求定量化管理的方法，用统计的方法分析判断质量的优劣程度，揭示其规律性。由此，数据和事实是统计方法的根本要求，也是医院质量管理的基础工作。当然，应看到量化只是认识客观事物的一种手段，而不是唯一手段。在强调数据化原则时，也不应忽视医院质量中的非定量因素，医院质量管理要科学地把握定量与定性的界限，准确判定医院质量水平。

（3）标准化原则

标准是衡量事物的准则、榜样、规范，是对重复性事物和概念所做的统一规定。医疗活动的各个环节必须由相应技术、服务标准来规范、控制和协调，否则医疗工作不可能连续地有秩序地进行。

① 标准是医疗活动的依据。标准涵盖了医疗活动的各个方面，如医疗技术操作标准、危重症抢救标准、管理标准等。医疗操作的所有活动都要按照标准进行，通过管理实践标准，并通过标准化的管理提高医疗质量。

② 标准实现必须依据真实可靠的数据。进行医疗活动全面的综合性评价实行定性与定量相结合的管理方法，用数据评价、分析和评估，总结标准的管理效应，才能真正发挥标准化管理的作用。

③ 标准须有较明确的目的性。在医疗过程中，标准必须落实到各具体科室、班组和个人。

（4）系统性原则

医院是一个系统，医疗质量管理是医院系统整体功能的综合体现。质量管理就是要应用系统管理思想的整体观，对医疗质量形成的各环节，对医疗质量产生的全过程实施全面管理，着眼于质量形成的整体性和系统性。例如，医疗、护理工作历来重视分工，分科越细，分工也越细。但分工细也有它的弱点，容易形成管理分散，各自为政。因此，只重视分工是不够的，还必须注意综合。分工是手段，综合是目的。

（5）持续改进原则

随着病人自我意识的提高，病人医疗服务的需求会不断提高。作为医疗服务的主体——医院，为了及时满足病人的需求，就需要对医疗服务质量以及繁杂的程序进行改进，直到病人满意为止。质量改进更重要的是指医院质量控制标准、控制内容、控制方法不断改进和完善。实践证明，持续质量改进可以减少医疗服务中的差错、并发症以及伤口感染，减少病人用药不合理现象及不按时服药现象，降低病人手术期死亡率，从根本上提高质量，降低医疗成本与减少浪费。

医疗质量持续改进原则的实施步骤遵循 PDCA 循环，主要包括以下几个方面。

① 明确改进目的。改进的目的要明确，并可随时根据新的目的而修订新的标准。如为了使医疗活动获得较高的效率和效益，进而将整个质量体系提升到更高的一个层次。

② 发现问题，及时改进。依据医疗质量管理的持续改进原则，及时发现问题，寻求产生原因、并制定应对措施。

③ 营造宽松的工作环境。医疗质量的持续改进是医院所有职工的职责和义务，因此医院、科室领导要允许医务人员提建议，而且还要鼓励相关人员提出建设性的意见，才能发现更多的问题，取得更多的改进。

④ 最终衡量标准。医疗质量管理的持续改进要以经济效益和病人满意来衡量其必要性和重要性。对不断改进的管理主要包括：组织质量改进的形式必须有实效；评估不断改进的项目、标准要有合适的着眼点；要定期对质量管理改进活动进行评估。

（6）全员参与原则

全员参与质量管理是现代质量管理重要组成部分，它要求全体医务人员主动参与质量管理计划的制订和控制的实施。医务人员是质量管理的直接决策者和控制者，同时把从病人进入医院大门到出院全过程，都纳入质量控制的范围，特别要重视诊疗护理及检查用药等中间环节的质量控制，把质量问题消灭在萌芽状态。

（7）过程管理原则

过程管理原则充分体现了“预防为主”的现代管理思想，从“预防为主”的角度出发，针对医疗全过程中的风险环节，规范诊疗活动和护理行为，有效预防风险的产生，保障医疗过程的安全性。并辅以检查作为质量管理和控制的必要手段，对医疗过程进行监督，对存在的问题及时反馈，保证医疗活动的有效开展。

8.3　医院质量管理的主要内容

1．制定医疗服务质量方针

医院的医疗服务质量方针是指导医院质量管理工作的核心，这项工作要求负有执行职责的医院管理者以书面方式加以体现。质量方针是医院经营方针的重要组成部分，因此，要与医院的经营目标和市场定位相适应，并且要符合患者的期望和要求。医院的服务质量方针要在医院组织内正式发布，同时应得到医院各个层次工作人员的理解和支持。

医院医疗服务质量管理者必须阐明医院质量方针、质量目标的内涵。为使这些内容能够被全体员工理解，医院应对所有员工，包括新雇用员工、兼职员工和临时员工进行培训，使他们都能理解医院的质量方针和目标以及医院为实现这些目标所做的承诺。

2．明确医疗质量管理权限、职责

医院内所有涉及医疗服务质量的管理人员、执行人员和检验人员，包括负有执行职责的管理者，应明确他们被授予的职责和权限。特别是要明确对控制医疗服务质量体系的所有要素和过程负有决定职责和权限的人员，规范他们的工作要求并形成文件。这些内容应该在医院的质量体系组织结构图、质量体系要素与各部门职能的关系表和岗位职责中体现出来。

3．监控医疗服务过程

质量管理体系的每一个过程都直接或间接地影响到医疗服务的质量，因此必须采用适当的措施对医院的服务过程进行监控和评价，以确保医疗服务过程的准确和高效。对医疗服务过程进行监控的目的是为了保证医疗服务按照预定的流程和规范运行，及时发现可能存在的质量隐患，并采取措施加以改进。由于质量管理体系中需要监控的过程很多，而且不同的过程有不同的特点，因此对过程的监控应采用不同的监测方式和监测指标，并确保这些方法和指标是有效的。

4．对医疗服务质量资源进行管理

为了实现医院的质量方针和目标，满足患者的需要和期望，医院管理者应根据质量要求配置并合理使用资源。明确达到医院既定质量目标对资源的需求，包括医院的建筑要求、环境要求、仪器设备、服务设施、服务流程、人员培训的内容和形式、员工的作业指导和工作

方式，并据此制订相应的资源配置计划，按计划加以实施。

5．持续质量改进

医疗服务质量的持续改进是医院质量管理的重要工作。持续改进的对象可以是质量管理体系、过程和医疗服务等，质量的持续改进体系可以在医院的各个过程中使用 PDCA 循环的方法实现。对于医院出现的特定质量问题，可以组成质量改进小组进行专项研究，提出改进意见。

6．医疗质量的经济考虑

市场经济体制下，医院在提供医疗服务时必须满足患者和社会的需求，同时也要考虑自身的生存和发展。因此，医院在提供医疗服务时要考虑到服务的质量成本，做到在满足患者需要的前提下，不盲目追求高质量、高技术服务。医院宜根据其自身的服务定位和患者的需求为其提供适度质量的医疗服务，因为对质量的进一步要求往往意味着成本的增加，会进一步加重患者的经济负担。

在确定医疗服务质量方针以及对医疗服务进行评价时，不仅要求其技术上具备科学性和先进性，而且要求在经济上也是适宜的。医院提供给患者的医疗服务不能脱离社会的经济发展水平和居民的经济承受能力，孤立地谈论医疗服务质量的水平。医院医疗服务质量的定位应根据医疗服务市场和患者的需求来确定，定位过高会导致需要治疗的患者无法承受，定位过低会导致患者对医疗质量不满意，从而失去病人。

7．建立和完善医院质量管理文件

医院质量管理文件是指导和规范医院医疗服务和管理工作的指导性文件，包括标准、规章和服务规范，这些文件是医院质量管理体系正常运行的依据。在医院质量管理中要规定对哪些医疗服务过程、医疗服务工作形成文件，以及形成文件的形式、载体等内容，以文件的形式对医院质量管理体系中的内容加以规定。质量管理文件的价值在于存储和传递保证医疗服务质量所需的信息，利用这些信息指导和规范医院工作人员完成质量保障的各项工作。文件的详略程度可因医院的类型、规模、过程的复杂程度、医疗的安全要求、患者的需求、医疗服务的复杂性等因素制定。医院质量管理文件的类型通常有国家和行业制定的标准和规范、医院的质量管理计划、医院质量管理过程中形成的程序、作业指导书、质量记录等。

8.4 医院质量管理体系的定义和构成

8.4.1 医院质量管理体系的定义

医院质量管理体系是指医院为了达到既定的医疗服务安全和质量目标，在组织上、制度上和物质技术条件上对医院的组织结构、工作程序、服务流程、安全重点和管理资源进行优

化配置，以保障医院提供医疗服务安全和质量达到预期要求的系统。医院质量管理体系是以医院服务过程为基础，对医疗服务每个过程的输入、输出、工作交接环节、反馈、修正等进行有效的监控，以发现并改进医疗服务质量问题，使整个医院的服务质量满足医院的预定质量目标。

8.4.2　医院质量管理体系的构成

按照 ISO 9000 标准对质量管理体系的定义，医院建立的质量管理体系一般包含组织结构、管理职责、资源管理和过程管理等几个方面的内容。

1．组织机构

医院质量管理体系应与医院机构组织相一致，医院院长、副院长以及各部门、各科室、各护理单元、各班组相应负担各自的质量管理的职责、权限。

医院质量管理体系分为院级质量管理、科室管理以及各级医务人员个体管理三级。一般来说，医疗质量管理组织体系一般是由院级质量管理、科室质量管理和各个工作岗位工作人员等分别承担和行使各自的质量管理职能。

（1）院级质量管理

主要由医院质量管理委员会和医院质量管理办公室组成。医院质量管理委员会是医院具有权威性的医疗质量管理组织。由院长和分管医疗的副院长分别担任其主任和副主任，委员可聘请经验丰富的医学专家、教授以及机关部门负责人担任。医院质量管理委员会负责定期对医院医疗质量进行调查研究、质量分析和决策等。有条件的医院质量管理委员会，根据需要可以下设医院质量管理办公室作为常务机构，负责日常医疗质量管理工作。医院质量管理办公室主要由医务部和护理部组成，主要任务和职责是组织协调医院质量管理的具体工作的实施、监督、检查、统计分析和评价工作；参与制订全院性的质量管理规划、质量目标、医院质量管理规章制度和主要措施；协调各部门、科室及各个质量管理环节，组织科室质量小组开展活动；实施医院质量教育和培训；负责调查分析医院发生的医疗事故的原因，制订改进或控制措施。

（2）科室质量管理

主要由医院的各个科室负责。科室质量管理的主要职责是负责本科室人员落实质量管理的各项规章制度，并结合科室的质量实际情况制订有针对性的质量管理措施，发现问题，及时纠正。科室应建立医疗服务质量问题或医疗服务差错报告制度，要求员工报告工作中出现的质量问题和患者投诉，并由专人负责收集并上报。科室服务质量问题报告制度的着眼点应放在如何发现工作中存在的质量问题，因此医院应制订相应措施鼓励员工报告出现的问题，质量问题报告制度切忌以罚为主，这样有可能使一些影响医院医疗服务质量的问题无法反映到质量管理部门，从而影响医院服务质量的改进。

（3）个体医疗质量管理

各级医务人员的医疗质量自我管理是医疗质量的主体。由于医疗活动有分散独立实施的特点，自主管理更为重要。实施自主管理，首先要加强全员教育，提高各级医务人员职业责任和整体素质，熟悉制度，熟悉标准，严格执行各种规章制度，认真落实各项质量标准；切实做到质量自我检查、自主管理。人人参与质量控制，承担质量责任，形成一个以个体管理为主、层层负责、逐级把关、相互协调、相互控制的质量责任制，并建立相应的考评奖惩制度。

2．过程管理

医疗服务过程的管理包含医疗服务工作流程的优化和重组及对医疗服务过程进行动态监控和管理两方面的内容。后者要结合医疗服务工作，建立切实可行的质量保证机制，预防和减少对患者造成的身心伤害。

（1）医疗服务工作流程

医疗服务工作流程是指为了开展某项医疗服务所规定的工作路径和完成相应工作所需要的时间。医疗服务流程的优化和规范是保障医疗服务质量的重要措施，流程规范可以有效地减少医疗服务中的不确定因素，保障质量的稳定。医院应审核现有的医疗服务流程，对于效率低下，容易出现问题或患者投诉多的医疗服务流程进行简化、优化或重组，使医院流程满足医疗服务和患者的要求。

分析医院现有服务流程时，应对流程进行分解，明确流程每个环节的医疗意义，并加以规范。要重视医疗服务流程中的每一个环节的质量管理，首先必须将每个环节分解到最小单元，即具体内容，对于可有可无的流程环节，应予以简化或去除，这样才能真正达到医疗流程质量管理的目的。

（2）医疗服务过程管理

医疗服务过程是指将医疗输入转化为输出的一组彼此相关的医疗工作和医疗活动，包括在医疗服务过程中采取不同的诊断、治疗方案或措施。医院服务质量体系的过程，包括在医疗服务质量形成全过程的各个环节所进行的操作和质量活动过程。

由于所有医疗服务工作都要通过过程来实现，因此，医院服务质量管理体系更注重过程的管理。对医疗服务过程进行管理，可以及时发现不当的情况并随时给予纠正。与终末质量管理相比较，过程管理具有事前管理的意义。审查服务过程中的情况也含有保证质量的意义。对医疗服务过程进行审查的方法可以有两种，一种是直接观察医疗服务的过程；另一种是查阅有关医疗活动的记录。前者在实施过程中耗费的人力、物力较多。后者反馈的时间略有延迟。对医疗服务过程进行动态监测能及时了解医疗服务质量，并有督促作用，但也存在一些弊端。

3．管理职责

为了保证医院质量管理体系的有效运行，医院应规定实现质量方针和质量目标的必要过

程，包括对服务要求的确定、病人要求、与病人进行有效的沟通、采购资源、医疗服务、设备的控制、统计分析和改进等。必须明确全院各级人员职责、权限和相互关系，并确保全院各级人员能够理解并贯彻执行制定的方针和目标。在明确职责时应注意，一个质量职能部门可以负责或参加多项质量活动，但一项质量活动只能由一个职能部门统一负责管理。在医院质量管理体系中应该从医院质量管理角度规定各级职责与权限。

4．医疗终末质量的监控

医疗服务效果是对医疗服务质量最直接、最确实的评价，也是传统的、行之有效的方法。医疗终末质量主要是以临床医疗服务的结果为依据综合评价医疗效果的优劣，终末质量管理虽然是事后检查，但从医院整体来讲仍然起到质量反馈控制的作用。衡量医疗服务效果是对已完成的医疗服务进行回顾性检查，如对患者的疾病转归、健康状况和满意程度进行评估，从病情、医疗项目和疗效等相互关系判断医疗服务质量，为改进今后工作提供依据。

5．资源管理

资源是质量管理体系的物质基础，是医院通过建立质量管理体系实现质量方针和质量目标的必要条件，包括人力资源、基础设施和工作环境等。医院必须根据自身的特点确定所需要的资源，并根据环境的不断变化，及时地、动态地提供和调整自身的资源。

（1）人力资源的提供和管理

医院的人力资源主要是卫生人力资源，即卫生技术人员的编制及专业结构和职称结构。同时，也包括医院管理人才。

① 明确规定医院各岗位人员的录用条件和资格要求，医疗服务人员的录用按规定程序进行，并确保医疗服务人员符合岗位资格的要求；

② 医院管理层根据医院的实际情况，确定人力资源的配备和要求；

③ 对医务服务人员的教育、培训和考核。包括专业技能、质量意识、法律法规及行政规章制度、国家/行业以及上级主管机关规定的培训、设备使用技能等配训。

（2）基础设施、设备的提供和管理

医院根据各科室、部门运行的需要，配备必要设施设备资源，以确保医疗服务工作顺利完成，满足最终服务的质量要求。医院设施的范围包括建筑物、工作场所、运输与通信设备、饮食和副食供应、被服供应、医疗设备、仪器与器械、药品、计算机以及网络附属设备以及软件等。分别由医院总务科、设备科、药剂科等部门管理。

（3）工作环境

① 必须提供卫生保洁、治安保卫等服务，创造良好的工作环境。制定工作环境相关管理制度，应包括与环保、安全有关的操作规程。各部门应确保工作、生产环境符合环境保护和劳动法规的要求。

② 对病区工作环境进行控制。制定病人及其家属及医务工作者应遵守的相关病区管理制度，以确保病区环境干净、整洁、安静、舒适、安全。医务工作者应遵守相关消毒隔离、

院内感染控制、废弃物处理等管理制度，以确保医疗工作环境的无菌，尽可能减少院内感染，提高医疗服务质量。

6．医院质量管理体系策划

医疗质量管理体系策划师对医院质量管理进行总体设计，是对医院建立并完善质量管理体系全面、系统的谋划和构思。只有通过精细策划，才能建立有效的医院质量管理体系，才能最终实现质量目标。质量管理体系策划应考虑的内容包括：

① 确定质量方针和质量目标；
② 确定过程和职责；
③ 确定和提供实现质量目标必需的资源；
④ 规定测量过程有效性和效率的方法；
⑤ 规定持续改进质量管理体系的过程。

8.5 医院质量管理的常用工具

1．流程图

流程图是通过图示的方法将医院各项工作程序和医疗服务的完整过程表示出来。建立医院工作和医疗服务流程图可以有效地帮助医院质量管理人员优化服务过程，提高医院服务质量，流程图如图 8-3 所示。

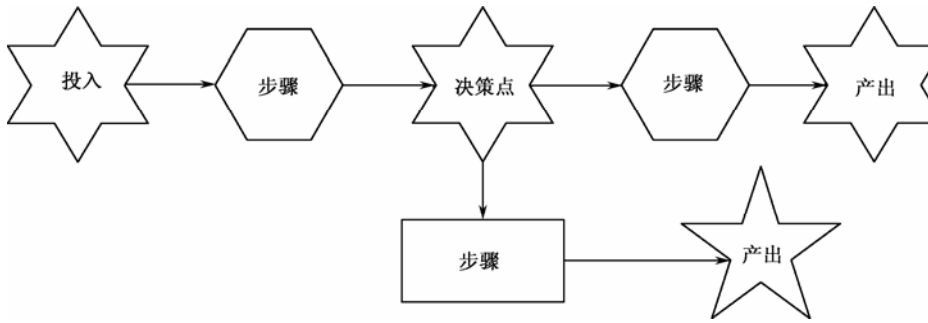


图8-3 流程示意图

在绘制和分析流程图时必须考虑以下问题：

① 能否由其他人员执行某些操作？
② 能否省略或合并某些操作过程？
③ 流程能否省略或简化？
④ 明确流程图的要素及目前流程中的“瓶颈”有哪些？
⑤ 是什么原因引起工作或服务延误，如何减少甚至消除？

⑥ 流程图应反映过程的真实情况，而不是理想状态。

2．因果分析图

因果分析图（简称因果图）又因其形状而称为鱼骨图（fishbone）。因果图主要是为了寻找产生某种质量问题的原因，采用召开相关人员调查会的办法，集思广益，将员工的意见反映在因果图上。探讨一个问题产生的原因要从主要原因到次要原因，从大到小，从粗到细，寻根究底，直至能具体采取措施为止。因果分析图是分析和寻找影响质量问题原因的一种简便而有效的方法，其形式如图 8-4 所示。

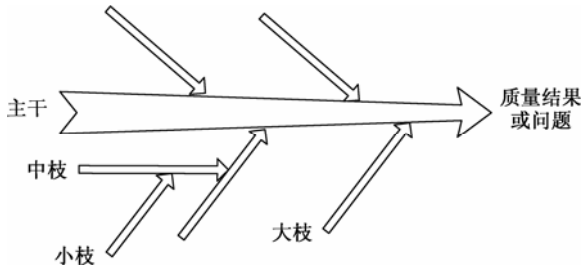


图8-4　因果分析示意图

（1）因果分析图的特点

① 反映出一般问题的基本规律。

② 形象、直观、实用性强。因果图用树枝的形状绘成图，大、中、小问题一目了然，形象、直观、简单、实用，任何质量问题都可以用因果图表示，从而使管理者很容易抓住问题的实质，有利解决问题。

③ 可进行分层分析。因果树图法可以分成若干层次，如医院有几层管理就可以分几层，每层又可绘成因果图。因果图是医院、机关、科室广泛使用的一种质量管理方法。

（2）绘制因果分析图时应注意的事项

① 确定分析对象，明确问题，即针对什么问题寻找因果关系，最好能使用数据说话。

② 召开有关人员参加的质量分析会，把影响质量问题的原因都列举出来，并找到能采取的具体措施。

③ 把影响因素进行分类，形成小原因、中原因和大原因。

④ 绘制因果分析图，找出主要原因，制定解决措施。

⑤ 措施实现后，用排列图检查其效果。

3．分层图

分层是进行数据整理的一种调查研究方法，也是分析影响服务质量原因的一种基本方法。如头脑风暴法、德尔菲专家咨询法和焦点组访谈等，目的是通过分层把性质不同的数据以及错综复杂的影响质量的原因及其责任划分清楚，理出头绪、找出解决办法。分类不是简

单地对收集到的数据进行分组，而是把收集来的数据归在一起。这样把数据进行处理以后，可以使数据反映的事实、原因、责任等变得更明了、更突出，便于找出影响医院医疗服务质量的问题症结，对症下药。

分层图法有以下六种：

① 按不同时间、不同班次分类；

② 按不同工作人员分类，如按不同医生、不同级别分类；

③ 按使用设备分类；

④ 按不同诊疗操作程序分类；

⑤ 按原材料分类；

⑥ 按不同的服务对象分类等。

4．控制图

控制图又称管理图。利用这种控制界限的图形来反映医疗服务过程中的质量监控指标的动态变化，可以及时了解医疗服务质量情况，以便发现问题，分析原因，采取措施，进行控制。

（1）控制图基本原理

控制图是坐标图，纵坐标表明质量特性值，横坐标是时间顺序或采样号。坐标中的三条横线是控制界限，中线是实线，表示样本数据的平均值；控制上限是虚线，表示平均值加上二或三个样本数据的标准差，控制下限也是虚线，表示平均值减二或三个样本数据的标准差。有专家认为，考虑医学统计的显著性水平一般为 0.05，医疗指标控制图以平均值加或减 2 个样本数据的标准差作控制范围较为妥当。图中的曲线是实际质量特性以一定时间顺序按坐标打点的连线。

控制图是把数理统计学原理应用于质量管理，反映医疗过程中质量的中心趋势与离散的变化，以便及时发现超限的异常状态，从而起到质量控制作用。

（2）控制图分类

① 单值控制图（X 图）。

② 平均值控制图。平均值控制图优于单值控制图，适用于符合正态分布的数据资料。

③ 中位数控制图（M）。适用于偏态分布资料。

④ 离散指标控制图。直接把离散指标作为控制对象，由于离散指标的不同，可有标准偏差控制图（S 图）、极差控制图（R 图）和移动极差控制图（RS 图）。

⑤ 单值、平均值——范围控制图。

（3）绘制的基本要点

① 选取要控制的医疗指标的历史资料，对资料可靠性进行分析。

② 计算控制图中线，计算指标的均数或中位数。

③ 计算离散指标，一般用求标准差和极差的方法，计算出的指标样本标准差和极差，

应进行无偏修正。

④ 计算上下控制界限。用标准差、极差和移动极差计算，或用百分位数法计算。

⑤ 先做分析用控制图，再做管理用控制图，管理用控制图使用的数据资料，必须排除既往数据中的极大和极小数据，在比较规律的数据基础上计算和绘制。

（4）控制图绘制步骤

为便于对不同指标、不同科室指标的情况做对比，可在平均值加或减两个样本数据的标准差控制图基础上，计算标准化控制图，从而使大小悬殊的数量及不同量纲的指标标准化。在同一张控制图上，可以同时比较几个指标，以观察它们之间的关系和趋势，绘制标准化控制图的步骤如下：

① 收集 3～4 年的资料数据，观察频数分布类型。

② 根据资料分布情况，选定统计量。

③ 计算历史数据的平均值、标准差及各指标的上下控制界限值。

④ 数据的标准化转换。对于近似正态分布的资料进行标准化转换。

⑤ 绘制标准化控制图基线，纵轴表示标准化控制量，中心线即均数线 0 处，＋1.0 和－1.0 处分别为控制上限和下限，横轴表示样本序号或时间顺序。

⑥ 统计待分析资料，计算均值、标准差等，并将数据正态标准化。

⑦ 将待分析的数据在图上打点，分析质量状况。

5．排列图

排列图，也称为帕累托图，是 19 世纪意大利经济学家维尔弗德·帕累托首先采用的，后由美国质量管理学家朱兰把它应用于质量管理。帕累托原理又称 80/20 法则，是帕累托发现的。他对当时的社会财富分配问题进行深入研究后发现，财富的绝大部分集中在少数人手中，他把这些人称为“极其重要的少数”。其余的人处在贫困之中，他把这些人称为“不重要的多数”。社会财富的 80%掌握在 20%的人手中，只要知道这 20%的人的行动，就可以掌握社会总行动的 80%，即从 20%的已知变量中，可推知另 80%的结果。

排列图反映了“关键的少数和次要的多数”的观点，在影响质量的因素中，少数一些关键问题重复发生，成为管理者迫切需要解决的问题，排列图就是寻找少数关键因素的方法。

（1）排列图特点

① 按问题的大小进行排列，以便找出关键因素。因为排列图按原因或状况分类，把数据从大到小排列，成为一种频率分布。

② 强调分层分析，问题明确，有利于确定问题的次序。

③ 强调用数据说话，每一项都有次数和累计百分比，以数据为依据，有说服力，能反映质量问题。

（2）排列图绘制的步骤

① 收集一定时期的质量数据。

② 把收集的数据按原因分层，并计算各种原因重复发生的次数，即频数，计算不同原因发生的频率和累计频率，做整理表。

③ 绘制排列图。

④ 寻找少数关键因素，采取措施。

排列图一般由两个纵坐标、一个横坐标、几个直条图和一条曲线组成。左边的纵坐标表示频数，右边的纵坐标表示频率，横坐标表示质量的项目，或者影响质量的各种因素。用直条图表示不同因素频数的多少，由左向右按大小依次排列于横坐标上。帕累托线是在各因素上的累计频率点的连线。

6．标杆对比

标杆对比又称为标杆学习，是指把自己医院的质量指标或工作效果与同行业或其他行业中做得最好的企业或机构进行比较，以找出医院的差距，加以改进。如可以把医院的医疗服务质量指标量化为患者满意率、出入院诊断符合率、危重病人抢救成功率等指标，与本地区的最佳医院的相应指标进行对比，以确定自己的差距。

此外，标杆对比还可以与其他行业中的企业或服务业的相关指标进行对比、学习，如星级宾馆的服务和环境，企业流水线工作的规范等。

7．直方图

直方图依据的理论基础是正态分布原理。在医疗活动中，质量特性总是有波动的。波动有两种：一种是系统性因素，一种是偶然性因素。前者对质量影响大，有方向性，易识别，可检测，并有办法调整、消除和避免；后一种对质量影响小，方向不固定，且不易识别，实际上难以完全避免，在技术上难以消除，从经济学角度考虑也不值得去消除。偶然性因素对质量的影响，一般视为正常现象，其变动规律接近正态分布，其波动曲线显示为正态分布曲线，其数据绘出的图就是直方图。判断直方图是否近似正态分布，分析质量问题是否有系统性因素影响，就是直方图的意义。

8．相关图

相关图（散点图）是表示两个变量之间变化关系的图。在质量管理中利用相关图分析两种数据的关系有三种情况：一是质量特性（结果）和质量因素之间的关系，二是质量特性（结果）和质量特性之间的关系，三是质量因素和质量因素之间的关系。相关图由一个横坐标，一个纵坐标和散点组成。从散点的分布状况可以观察分析两个变量之间是否有相关关系以及关系的密切程度。相关关系有：正相关，负相关，近似正相关，近似负相关，不相关等。

本章参考文献

1. 曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003

2. 陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003
3. 丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999
4. 董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000
5. 侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007
6. 方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
7. 申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
8. 张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007
9. 哈罗德·孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998
10. 刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

第 9 章　医院科教管理

9.1　医院科研管理概述

医院科研管理是对医学领域的科学研究和技术活动的管理。具体地说，是用科学的管理方法和技术手段对医学科学研究活动中的目标、人、财、物、时间、信息和效果进行计划、实施、反馈、控制、总结，以达到各要素最佳组合效果的一种组织协调活动，是医院总体管理中的重要组成部分。医院科研管理工作的基本目标是出成果、出人才、出效益，促进医学科学事业的不断发展和医疗技术、医疗质量的不断提高。

9.1.1　医院科学研究的意义

随着医疗卫生体制改革的深入，医疗保险、医疗市场等一系列的变革，在新的市场经济条件下，医院面临着激烈的市场竞争。在这种形势下，要使医院在竞争中保持优势，更好地为病人服务，关键在于要有一批德才兼备的医学人才、高水平的医疗技术与服务质量以及现代化的管理手段。当今医疗市场的竞争，归根结底在于医疗技术和人才的竞争。科研是促进医学发展的重要手段，是保证学科建设与发展、培养医学人才的必要措施，是促进医院管理现代化的必要措施，是衡量一个医院医疗水平、学术水平高低的重要标志，也是医院在竞争中求得生存和发展的必然要求。

（1）提高医疗质量的保证

医院能否最大限度地满足人民防病治病的要求，关键取决于医疗质量和医疗技术水平的高低，而医疗质量高或低，又取决于接受、掌握和运用现代科技理论和技术能力的大小。近年来，随着经济社会的不断发展，医学模式和疾病谱也发生了显著的变化。开展医学研究，可以系统地总结以往实践经验，加深对人的生命和疾病现象及其发生、发展规律的认识，不断发展医学新理论，寻求维护人类健康和防治疾病的最佳途径和方法，不断提高医疗服务质量，满足人民日益增长的医疗要求。

（2）培养造就高素质医学人才的需要

一个医院科技人员的数量和质量，是衡量医院医疗水平高低和潜力大小的重要标志。学科建设和高素质医学人才是医院可持续发展的重要保证。科学研究的过程，就是培养造就优秀人才的过程。通过科研工作，不仅能总结临床实践经验，掌握和跟踪国内国际最新医学发展动态和趋势，还能培养出具有较高科学素质的医学人才和优秀学科带头人。

（3）转化医学科研成果的需要

医院科学研究在解决防病治病和保护人民健康中的关键技术问题时，必定会产生一些有价值的科技成果，如应用于诊断治疗中的新技术、新方法、新材料、新药物等。这些科技成果一方面能直接发挥明显的社会效益，另一方面通过技术转让、技术入股或吸引外资联合生产等多种形式的开发，可转化为生产力，创造更多的社会财富，产生直接的经济效益，从而实现科技兴院的目的。

（4）医疗科技与经济社会协调发展的需要

医学研究不仅能保护人的健康和挽救生命，还能促进人们综合素质的提高，其科技研究成果能直接转化为生产力，创造更多的社会财富，为医疗卫生事业的发展提供良好的经济与物质条件，从而达到经济与社会的协调发展。

9.1.2　医院科学研究的类型

（1）按任务来源分类

① 纵向科研任务：是指各级政府主管部门下达的课题、项目，包括国家、部门和专业发展规划中确定的科研任务，或主管部门根据医药卫生事业发展的要求和在防病治病工作中遇到的一些技术难点提出的科研课题。例如，国家科技攻关项目，国家自然科学基金课题，各部、省、委、局基金课题等，一般通过择优或招标方式落实到承担单位。对医院而言，这部分任务是科研的主要任务，医院应积极创造条件争取纵向课题，并在人、财、物上加以支持与保证。

② 横向科研任务：这类研究与开发课题是以横向科技合同为依据，主要由企、事业单位委托进行，研究经费一般由委托单位提供。

③ 自由选题：根据学科发展和科技人员的专长，结合医疗卫生工作的实际需要，由科技人员自己提出的研究课题，并由所在单位给予资助立题，如院、所基金等。自选课题目的在于鼓励有创新的思路和设想，先给予启动，为以后申报大课题做准备。因此，应充分重视自选课题，并积极创造条件给予支持和扶植。

（2）按科技活动类型分类

① 基础研究：以认识自然现象，探索自然规律为目的。此类研究探索性强，研究周期长，对研究手段要求高，研究结果常是一些科学发现。医学基础研究是探索和认识生命活动的基本规律，探索和揭示疾病发生、发展和转归的一般规律，从而对医疗、预防提供科学理论依据，指导医学科学实践。

② 应用研究：主要是针对某个特定的有实际应用价值的目标开展的研究。一般说来，通过应用研究可以把理论发展到应用形式。应用研究是应用已知的规律去变革现实，包括治疗方法研究、诊断方法研究以及医疗技术和装备的研究等。在应用研究中，有时又有基础研究，这种研究又称“应用基础研究”，这种研究与纯基础研究的区别在于它有一定的应用目的。

③ 开发研究；是运用基础研究和应用研究的知识，为了推广新材料、新产品、新设计、新流程和新方法，或对之进行重大的、实质性改进的创造活动。它和前两种研究的区别在于，基础研究和应用研究主要是为了增加和扩大科学技术知识，而开发研究主要是为了推广和开辟新的应用。

以上三类研究互相补充，互相促进，并可互相转化。基础研究是应用研究的基础，应用研究是基础研究的应用。应用、开发研究不仅是对基础研究成果的进一步延续和证实，而且反过来又促进基础研究的发展。

9.1.3 医院科学研究的特点

医学比其他自然科学更复杂，包含明显的生物、心理、社会因素，因为医学研究的对象是既有生物属性又有社会属性的复杂人。故医学科学研究除了一般科研所具备的特点外，由于其研究的对象不同，还有自己独有的特点。

（1）特殊性

以人为研究对象是医院科学研究的重要特点之一，它关系到人的生命健康。因此，要求科研人员必须具有高尚的职业道德和严谨的科研作风，凡涉及人体试验的，都必须在严肃的道德准则和严格的法律规定下进行，如知情同意原则、试验设计及进行过程的道德原则等，是每个医学科研人员必须遵守的。

（2）社会公益性

社会效益仍是目前医学科研的主要目的之一，它面向社会，服务社会，造福人类。医学科研的目的是保护人类健康，属于社会公益性事业。在医学模式和疾病谱发生根本转变的今天，新的医学基础理论，新的诊疗技术与方法，新的药物与仪器正在不断地向人类提供新的医疗保健措施。要以与经济社会条件相一致的经济手段对社会公益性成果予以奖励，要提倡与表彰公益性事业研究者的奉献精神，并给予从事研究工作所需的物质保障。

（3）限制性

医院的医疗、教学任务繁重，科研人员又多为临床医务人员，开展医院科研工作常受到科研时间得不到充分保证、研究条件和环境也不如研究机构等限制。因此，医院管理层、科研管理部门及科技人员都应该树立“科技兴国”、“科技兴院”的意识，正确处理好医、教、研三者关系。医院应为科技人员创造良好的科研环境和实验条件，并制定相应的倾斜、激励政策，保障科研人员的利益，发挥科技人员的积极性，保证科研工作的顺利开展。

（4）多学科交叉性

随着医学科学的迅猛发展，当代医学科学一方面进一步分化出许多精细的分科，另一方面学科之间相互交叉渗透不断形成新的学科，如细胞分子生物学、生物医学工程学等。医学科学研究正是顺应着这种趋势出现了多学科的交叉渗透，生物学、工程学、物理、化学、环境、社会心理等广泛地渗入医学研究领域，不仅大大提高了基础医学的研究水平，同时对临

床医学研究也产生了巨大的影响。一项重大的科研项目，不仅需要某一专业学者个人潜心研究，更需要多学科的群体研究人员通力协作，形成优势互补，突破创新，才能成功。

9.1.4　医院科学研究的原则

（1）安全性原则

由于医学研究对象的特殊性，必须树立以人为本的理念，坚持安全第一的原则，这是医学科学伦理道德和精神文明之所在。

（2）求实性原则

一切科学技术成果，都是反复进行科学实验的结晶。医学科研目的是为人的健康和生命服务。因此，在科研活动中必须具备求真务实的工作作风，精心设计每一项科研计划，认真做好每一个科研实验，以不断探索生命之本质和疾病防治规律之所在。

（3）系统性原则

有效整合人、财、物、时间、信息等要素，加强与计划、财务、教育、医疗等系统的横向联系，充分发挥各要素和各系统的作用，实现医学科学研究整体目标的最优化。

（4）学术性原则

医学科学的发展受制于诸多因素，如科学的总体发展水平、群体与个体的差异等，在医学科研中必定会出现不同的学术观点和学说。因此，在科技管理中应提倡“百家争鸣”、自由争论，尊重不同的学术观点和各派科技人员的积极性，充分发挥研究人员的聪明才智。

9.1.5　医院科研的发展趋势

（1）向综合性更强的方向发展

随着医学模式向“生物—心理—社会”模式的转变，医学研究必须和其他学科相结合、相溶透，要揭示疾病的内在机制，必须综合应用各门自然科学的最新研究成果。

（2）向更注重辩证思维的方向发展

现代医学中，理论对实践的指导作用大大加强。在临床医学的研究中，不仅需要仔细观察、实验和记录，还需要从多角度来进行合理的推理和分析，运用科学的辩证思维。

（3）研究方法不断改进

医学实验仪器正向高、精、尖方向发展，实验技术不断改进，电子显微镜、放射性同位素、计算机和网络的广泛应用，使医院可以开展更加精密、更加复杂的研究。

（4）向动态和定量研究转变

在临床医学中，可以使用各种先进的仪器设备、技术条件对生命现象进行更加精确、微量的分析，甚至可以应用量子力学来研究复杂生物分子及电子的运动规律。现代科学技术的发展，已经为动态的定量研究提供了必要的手段。

9.2 医院科研管理内容

医学研究的基本程序是指一项研究课题从开始到终止所经过的步骤。大体经过选题、申请、实施、总结、鉴定、报奖及推广转化等几个基本程序。科研经常性管理必须围绕着基本程序进行，保证研究工作顺利开展、达到出成果、出人才、出效益的目的。科研经常性管理包括计划管理、成果管理、经费管理、人才培养、科技档案、学术交流等。

9.2.1 医学科研计划管理

医院根据发展目标、方针和政策，结合医院的实际情况，发挥优势和特点，制订相应的科研规划和计划。医院的科研规划和计划应参照国家和地方的规划和计划精神，根据防病治病原则，结合医院实际情况加以制订。除了制订相应的科技规划和计划外，还要把计划管理的重点放到课题计划上。主要抓好科研课题的选题、开题论证、同行评议、督促检查、组织协调、及时申报，核心是抓科研课题设计。课题计划管理由两部分内容组成：立题管理和实施管理。课题计划管理的具体内容主要包括选题、申请、实施和总结等。

1．选题

选择课题就是选择确定自己的主要研究方向，它决定着整个科研工作的价值和成败。爱因斯坦曾经说过：“提出一个问题往往比解决一个问题更重要，因为解决问题也许仅仅是一个数字或技术上的技能而已，而提出新的问题、新的可能性，从新的角度去看旧的问题却需要创造性的想象力，而且标志着科学的真正进步。”因此，科学地选择课题，是科学研究中具有战略意义的首要问题。

（1）选题原则

① 科学性原则：要符合客观规律，有一定的理论和实践依据。

② 目的性原则：必须以学科发展为目的，与学科主攻方向相一致。

③ 创新性原则：创新应是前人没有研究过的或是已有研究工作上的再创造，包括新发现、新设想、新见解，也可以是新理论、新技术、新方法或开拓的新领域，要防止低水平的重复。

④ 竞争性原则：注重对跨学科、跨系统联合攻关的管理研究，形成独具医院特色的科学研究发展方向，提升竞争力。

（2）选题注意事项

① 选题必须明确主攻方向，具备科学性和创新性，体现受试对象、处理因素、效应结果三要素。

② 通过查新，摸清该科研领域内国内外的研究现状，包含技术方法和手段、发展趋势等，以判断所选课题研究价值。

③ 选题后要先对课题研究方案进行可行性分析，以确定课题的设计是否周密、方法是否科学、路线是否合理以及技术是否先进可行。

④ 准备好开题报告，接受同行考核评议，以审定该课题是否具备立题条件。

2．课题申请

（1）申请书的撰写

确定选题后，如何将自己的研究思路充分表达出来，使同行专家和主管部门认可便成为关键。能否写出一份高质量的申请书，不仅体现了研究者的学术水平，也是申请课题竞争性强弱的关键。主要内容包括：立论论据——项目的研究意义，国内外研究现状分析及主要文献、出处；研究方案——研究目标、研究内容和拟解决的关键问题，研究方法、技术路线、实验方案及可行性分析；年度研究计划及预期进展；预期研究成果；研究基础——有关的研究工作累积和已取得的研究工作成绩，已具备的实验条件；经费预算及来源。

（2）课题质量控制

医院应强化创新意识，把握学科前沿，努力提高申请课题的质量和总体水平，主要内容包括：管理部门把好形式审查关，学术委员会把好学术水平质量关和上报审批。

3．课题实施

课题实施管理是指在选定课题后，管理者和负责人在职责范围内对课题实施过程中各种基本要素进行有效的协调控制和综合平衡，以实现课题目标的一系列活动。

（1）落实计划、明确职责

课题负责人对课题的完成负有全责，要认真做好课题组的组织、指挥、协调工作，严格掌握课题进度，合理安排经费使用，负责对课题进行小结、总结和汇报以及组内人员的指导与考核，建立一套组内共同遵守的规章制度，以保证研究工作有条不紊地开展。医院科研管理部门是课题完成的保证单位，应负责监督、检查课题履行情况及课题的验收工作，并协调解决课题执行过程中出现的各种矛盾与纠纷。

（2）定期检查、掌握进度

为全面掌握课题执行情况，必须建立研究工作检查制度。检查的目的在于及时了解情况，及时发现问题和解决问题，这是保证科研计划顺利进行的有效手段。对课题计划的执行情况进行检查，内容包括计划实施、条件落实、经费使用情况以及遇到的困难等，以便及时协调解决。

（3）按期结题、及时总结与验收

课题按规定时间结束后 3 个月内，管理部门应督促课题负责人认真撰写出科研课题结题报告。报告内容包括结题简表（研究概况）、研究内容及研究简要经过，取得的主要成果及意义，达到的主要技术经济指标，对研究成果的评价和建议，完成论文论著目标和经费使用决算等。

9.2.2 医学科研成果管理

科研成果管理包括科研成果评审、科研成果申报、专利申请和科研成果开发。

1．科研成果评审

科研成果评审指有关学术团体或科技行政管理机关聘请同行专家，根据国家科技部规定的形式和程序，对相应成果进行客观公正、实事求是的审查和评价，目的是为了加强对科研成果鉴定工作的管理，正确判别科研成果的质量和水平，促进科研成果的完善和科研水平的提高，加速科研成果推广应用。

（1）科研成果评审形式

第一，专家评审。有会议评审和函审评审两种方式。会议评审是指由同行专家采用会议形式对科研成果做出评价。需要进行现场考察、测试，并经过讨论答辩才能做出评价的科研成果，可以采用会议鉴定形式。由同行采用会议形式对科技成果做出评价。由组织或主持评审单位聘请同行专家 5～7 人组成鉴定委员会。采用答辩、讨论、现场考察、演示或测试等方式，评审结论必须经到会专家的 3/4 以上通过才有效。

函审评审或鉴定是指同行专家通过书面审查有关技术资料，对科研成果做出评价。不需要进行现场考察、测试和答辩即可做出评价的科研成果，可以采用函审鉴定形式。由组织鉴定单位确定函聘同行名单，专家人数一般控制在 5～7 人，由组织评审单位将该项成果的有关证明、技术资料等文件函送所聘专家，并请其在一定时期内反馈具有专家亲笔签名的评审意见书；反馈的评审意见书不得少于 5 份。若少于此数，应增聘评审专家。

第二，验收评审。指由组织鉴定单位或委托下达任务的专业主管部门（或委托单位）主持，根据计划任务书（或委托合同书）或规定的验收标准和方法，必要时可视具体情况邀请 3～5 名同行专家参加，对被鉴定的科技成果进行全面的验收。

（2）科研成果评审条件

① 全面完成科研合同的约定或者规定计划任务书规定的各项任务要求；

② 不存在科研成果完成单位或者人员名次排列异议和权属方面的争议；

③ 技术资料齐全，包括研制报告、技术报告、测试报告、有关图纸及使用单位意见等，并符合科技档案管理部门要求；

④ 应用性科研成果必须出具应用推广单位证明；

⑤ 实验动物必须具有合格证书；

⑥ 有经国家部委或省科技厅认定的科技信息机构出具的查新（检索）结论报告，测试机构出具的测试报告；

⑦ 基础性研究成果一般需论文发表后方可申请鉴定。申请鉴定须填报《科技成果鉴定申请书》或《科技成果验收申请书》，经上级主管部门审核批准。

（3）科研成果评审主要内容

① 是否完成技术合同或计划任务书要求的指标；

② 技术资料是否齐全完整，并符合规定；

③ 应用技术成果的创造性、先进性和成熟程度；

④ 应用技术成果的应用价值及推广的条件和前景；

⑤ 存在的问题及改进意见。

（4）科研成果评审的程序

① 鉴定技术资料的准备。科研任务完成后，科研人员应根据计划任务书（或技术合同书）的要求，整理出系统、完整、准确及具有该成果特色的鉴定送审材料。送审材料主要有：鉴定申请书（科研成果鉴定申请表）、鉴定大纲、研制工作报告（完成单位及完成人员的排列顺序，其中完成人员应按贡献的大小依次排列）、技术研究报告（包括国内外发展状况、技术原理、工艺路线、图片等）、检测测试报告、检索查新报告、经济及社会效益分析报告、三废处理报告、用户使用报告、计划任务书或技术合同书及图纸等（单列）。

② 提出申请。成果完成部门或课题负责人填写《科学技术成果鉴定申请表》，同时向评审部门递交申请鉴定的科技资料。科研主管部门应对申请表的填写内容及申请鉴定的科技资料进行全方位审查，做出客观评价并签署意见后，向有权组织鉴定的单位申请鉴定。

③ 审查批准。组织鉴定或评审单位对课题完成单位提交申请鉴定或评审项目进行审查，如是否属于鉴定或评审范畴，提交的文件技术资料是否齐全、完整并符合要求，有无成果权属争议等。着重对研究的内容进行技术性审查，审查是否完成合同或计划任务书规定的任务，报送的文件和技术资料内容是否正确以及存在的问题等，并对是否同意组织鉴定或评审做出批复。

④ 评审。组织专家对研究成果的科学性、创造性、先进性、社会效益和经济效益、存在的问题及改进意见等做出客观、公正的评价。

2．医学科研成果申报和奖励

（1）科研成果申报所需材料

科研成果申报是为了让国家和地方各级科技管理部门随时掌握和了解各类科技成果的数量和意义，及时交流和推广各类科技成果，最大限度地发挥科技成果在推动社会主义经济建设中的作用。报送的每一项科技成果，均应附送下列材料：

① 科技成果研究报告。主要内容有：项目简介，包括项目所属科学技术领域、主要内容、特点及应用推广情况；项目详细内容，包括立项背景、详细科学技术内容、发现、发明及创新点、保密点、与当前国内外同类研究同类技术的综合比较、应用情况、经济和社会效益、主要完成人情况，并加盖填报单位及其负责人的印章。

②《科学技术成果鉴定证书》。

③ 研究试验报告或者调查考察报告、学术论文与科学论著等有关技术资料。

④ 成果应用、推广方案或证明。

（2）科研成果申报程序

科研成果通过评审后，需按照课题完成单位的行政隶属关系向上级主管部门申请登记，整个科研成果申报主要程序如图 9-1 所示。

（3）科研成果的奖励类型

经国务院批准的成果奖励有三种：发明奖励，自然科学奖励，科学技术进步奖励。另外，科研单位还有综合奖和成果奖等。实行科研成果奖励，是管理科学研究工作的一种精神激励和经济手段。国际上有鼓励科学创造发明的最高奖赏——诺贝尔奖。

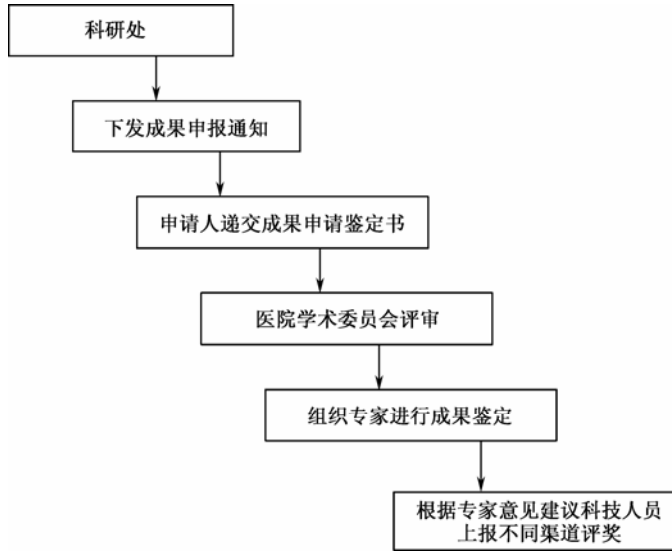


图9-1 科研成果申报流程

3．科研成果转化与开发

科研成果转化是指为提高 生产力水平而对科研成果所进行的开发应用，直至形成 新产品、新工艺，发展新产业等活动。科研成果转化实际上就是科研成果由科研部门向生产领域的运动过程。广义上讲，科研成果的转化包括基础研究的成果向应用研究与开发研究成果的转化，应用研究、开发研究的成果向生产中等信息性和实物性成果的转化，直到生产中应用与推广，形成生产力，获得经济效益。狭义上讲，科研成果的转化是指实验室内已成功的科研成果，向生产应用推广，形成生产力。科研成果的管理，主要是抓好科研成果的应用与推广。以管理工作而言，成果的应用与推广，是科研与生产的“接合部”。

科研成果转化的具体模式有：自行转化，自己投产；招标拍卖，转让所有权；技术转让，分成收益；技术入股，合资经营；风险投资，孵化成果。

科研成果转化资金筹集方式：国家专项基金申请；金融机构贷款，风险投资。

9.2.3　医学科研经费管理

（1）科研经费来源

科研经费的来源渠道和收入多少是衡量一个医院研究能力大小的重要标志之一。采取多种渠道、多种形式筹措科研经费，是医院科研经费管理的一个极其重要而又现实的问题。基础研究和部分应用研究经费力争通过申请各级各类科学基金获得，发展研究和自选课题经费越来越要求经济自立，医院要面向社会，与科研、企事业单位开展各种层次、形式的科技横向联系，有条件的医院还可开展国际间的科技协作。另外，增加医院科研经费的投入比例，并以开发转让自身科技成果产生的经济收益来壮大自己。科研经费的主要来源有：

① 国家科技项目经费，如国家重点基础研究规划项目计划、国家重点科技攻关计划、国家高技术研究发展计划、国家自然科学基金等；

② 各部科研项目经费；

③ 地方科研项目经费，即各省自然科学基金、科技攻关计划、科学研究基金等；

④ 委托研究经费，主要是企事业单位投资并委托进行的科学研究项目；

⑤ 国际合作经费，如联合国人口基金会、儿童基金会、世界卫生组织等资助的合作研究项目。

（2）经费使用原则

① 政策性原则：严格遵守财经纪律，单独建账，单独核算，专款专用；

② 实效性原则：坚持勤俭办事原则，最大限度地节省人力、物力、财力；

③ 规划性原则：坚持先预算后开支，量入为出。

（3）经费开支范围

科研经费指科技项目在执行过程中所发生的所有直接费用和间接费用，一般包括以下几类。

① 人员费：指为直接参加课题研究的全体人员支出的劳务费用。

② 设备费：指项目执行过程中所必需的专用仪器、设备、样品、样机购置费及设备试制费。

③ 能源材料费：指项目执行过程中所支付的原材料、燃料、动力、低值易耗品的购置等费用。

④ 试验外协费：指项目执行过程中所发生的租赁费用、材料外加工费用及委托外单位或合作单位进行的试验、加工、测试等费用。

⑤ 差旅费：指在项目研究开发过程中，为项目研究开发而进行国内外调研考察、现场试验等工作所发生的交通、住宿等费用。

⑥ 会议费：指项目研究开发过程中组织召开或参加的与项目研究有关的专题技术、学术会议的费用。

⑦ 公共资源使用费：指使用学校科研用房、图书资料、校院网络、仪器设备、学校综合服务体系等的费用。

⑧ 管理费：指学校为组织管理项目而支出的各项费用。包括直接管理人员费用和其他相关管理支出。

⑨ 其他相关费用：指除上述费用之外与项目研究开发有关的其他费用，如资料、论文版面费、印刷费、文献检索、通信费、学术刊物订阅费等。

9.2.4 科技档案

医院科技档案，是指医院在医药卫生科技活动及防病治病过程中形成的具有保存价值的文字、数据、声像、图表、软盘等各种形式载体的文件资料。科研档案是人们的科技思想、科技方法和科技经验的真实记录，是科学技术储备的一种形式，是一项重要的信息资源，是医院的宝贵财富，必须实行集中统一管理，确保完整、准确、系统、安全，以利开发利用。科研档案工作是科研管理的重要组成部分，是科研活动的重要环节，各级科技管理部门和有关单位应把科研档案工作与计划管理、课题管理和成果管理紧密结合。

科研工作和建档工作实行“四同步”管理：下达计划任务与提出科研文件材料的归档要求同步；检查计划进度与检查科研文件材料形成情况同步；验收、鉴定科研成果与验收、鉴定科研档案材料同步；上报登记和评审奖励科技成果以及科技人员提职考核与档案部门出具专题归档情况证明材料同步。

（1）科研文件材料的归档范围

① 科研准备阶段：科研课题审批文件、任务书、委托书、开题报告、调研报告、方案论证和协议书、合同等文件。

② 研究实验阶段：各种载体的重要原始记录，实验报告，计算材料，专利申请的有关文件材料，设计文件、图纸，关键工艺文件，重要的来往技术文件等。

③ 总结鉴定验收阶段：工作总结，科研报告、论文、专著，参加人员名单，技术鉴定材料，科研投资情况，决算材料等。

④ 成果和奖励申报阶段：成果和奖励申报材料及审批材料，推广应用的经济效益和社会效益证明材料等。

⑤ 推广应用阶段：推广应用方案、总结，扩大生产的设计文件、工艺文件，生产定型鉴定材料，转让合同，用户反馈意见等。

（2）科技档案的检查内容

① 分管领导、机构、人员、设备、经费等条件落实情况；

② 在科技管理中，科研档案建档与科技管理工作四同步的情况；

③ 完成的科研项目科研文件材料归档情况；

④ 档案管理制度建立和执行情况；

⑤ 档案集中统一管理和保管情况；
⑥ 科研档案开发利用情况。

9.2.5　学术交流

学术交流是推动科学发展，造就科学人才的重要条件。为了浓化学术空气，及时掌握国内外的学术动态，积极开展新技术、新业务的学习，医院应建立健全学术交流制度，定期开展学术交流。学术交流的形式可多种多样，包括学术讨论会、学术座谈会、学术报告会，以及学术性互访、讲学、参观和考察等。鼓励支持主办全国性、国际性学术交流，以便更好地开阔视野，启发思路，增加新的科学技术知识，促进医学科学的进一步发展，努力提高医院在国内外的学术地位及知名度。支持医务人员、医疗技术骨干通过多种渠道出国学习深造，提高业务水平。

9.3　医院学科建设和人才培养

9.3.1　医院学科建设

临床学科是现代医院的基本组成单位，是现代医院聚集（吸引）人才，培养人才，服务社会，形成医院特色，建设和提高医院生命力、竞争力的重要基地。学科的综合水平代表着医院的整体实力。建设一流的现代化医院，首先必须建设好一批具有较强优势和特色的临床学科。

1．医院学科建设的概念

医院学科建设管理，是以科学管理的思想运用行政、技术手段和方法，对医院学科发展进行管理。在宏观上对学科进行科学统筹规划、战略管理，合理分配人力、物力、财力资源，使投入、产出和功能发挥达到最优化；在微观上，进行日常工作的组织与协调。

学科建设工作已经成为现代医院各项工作的重心，拥有医学领域重点学科的多少，学科涵盖面的宽广程度是衡量现代医院质量和水平的重要指标。现代综合性大型医院的学科，承担着医疗、教学、科研、培训等一系列工作任务，医疗工作是医院学科建设的主线，必须贯彻“以病人为中心”的指导思想，坚持以解决临床医疗重大难题、提供区域卫生保障为首要任务，同时医院的学科还必须结合临床工作开展科研以及培养高层次人才。

2．医院学科建设的意义

学科建设是现代医院建设和发展的生命线，是医院内涵发展的立足之本，学科建设和发展是实现医院可持续发展战略的核心，是医院特色、生命力、竞争力的主要体现。因此，面临医疗卫生事业的全面改革，知识经济时代的挑战和激烈的行业竞争，加强学科建设已成为

医院“科技兴院”战略的重点。重点学科是科学研究的主战场，科技成果的主要产地，人才培养的主要基地和开展先进医疗技术的前沿阵地，充分显示了学科建设在医院发展过程中的重要意义。

（1）促进医药卫生事业的健康协调发展

抓好学科建设，尤其是推动形成一批代表现代医院水平、特色的重点学科，其意义不仅在于学科本身，而是力争使我国医药卫生在一些重大领域取得突破性进展，建成一流的现代化医院，更好地促进医疗卫生事业与经济社会的协调发展。

（2）推动形成医院优势和特色

医学科学技术是个大系统概念，它是由许多门类的学科构成的一个庞大的体系。特别在综合性医院，由于学科门类繁多，因此，各医院不可能在所有学科门类上齐头并进处在同一水平，即使有各自的优势和特色，也难免有劣势和弱项。另一方面，在特定时间、空间、条件下，社会对不同门类的学科的需求度也在不断变化，有着主次、轻重、缓急之分。通过开展重点学科建设，有利于医院集中建设一批高质量、有特色的优势学科，这些优势学科将成为医院科学研究中心和人才培养基地，并以此为“龙头”和依托，充分发挥其示范作用和技术辐射作用，带动全院其他学科的建设和发展，逐步形成一个门类、结构、比例较合理的科研体系，增强医院科研实力和后劲，为医院的全面发展奠定坚实的基础。

（3）加快医院人才培养

学科建设是高层次医学人才快速成长、活动的土壤，是医学人才事业发展、实现自身价值、服务社会的平台。学科建设使他们在一定的压力和较优越的条件下更快成长起来，有利于增强学科带头人的使命感和责任感，充分调动他们的积极性及创造性，发挥他们的聪明才智和作用，积极培养年轻的一代，形成合理的梯队结构，为医药事业的发展提供坚实的人才基础。

3．医院重点学科的确定依据

确定重点学科要根据有所为、有所不为的原则，从医药卫生事业与社会、经济协调发展的角度出发，结合医院的实际情况，发挥优势、形成特色，合理布局、突出重点，以形成医院学科建设的整体优势。

（1）以整体原则为依据，明确重点，合理布局

确定重点学科，必须根据国家医学科技发展的需要，结合世界科技发展的动态、趋势与前沿，扬长避短，立足创新，从医院发展的战略高度出发，统一领导，全面规划，在宏观上做好学科建设的合理布局和资源的优化配置。要把握好“有限重点”的选择问题，有目的、有计划、分阶段、分层次地确定一批有战略性、全局性、示范性、带动性的学科作为医院的重点学科，并以重点学科为龙头，发展具有优势的学科群体，使它们能相互交叉渗透，协作攻关，使优势集成、重点突出，以利于集中力量去攻克防病治病中急需解决的关键技术、共性技术及热点、难点问题，提高医院整体科技实力和防病治病的能力。

（2）以择优原则为依据，巩固和发展原有优势、特色学科

优势学科和特色学科是医院学科建设的重点，也是学科发展的基础和关键。选择确定重点学科要充分发挥医院自身的优势和特长，原则上应是本院临床及科研工作卓有成效，在国内、甚至国外已有较大影响的学科；这些学科同时具有学术造诣较深、富有开拓创新精神的学术带头人和结构合理、学风良好、团结协作的学术梯队；已具有较好的科研实验设备与图书资料等物质条件；并具有较健全的管理制度和多渠道争取科研经费的能力。对一些有传统优势的部门重点学科、博士点学科、某些实力较强的硕士点学科或部门医学重点实验室或部门医疗专科中心挂靠学科等，应积极争取再上等级，使之在竞争中不断发展成为拳头学科和带头学科，以明显的优势和特色取得国内外相同学科专业或相关科学研究的制高点。

（3）以开拓创新原则为依据，积极扶持新兴、前沿与边缘交叉学科

21 世纪是生命科学的世纪，医学前沿科学研究的主要任务在于彻底搞清生物功能，找出克服种种危害人类健康生存的因素，为医学的发展开辟更加广阔的前景。因此，确定医院重点学科建设必须面向国内领先或国际先进水平，要把握好学科发展的方向，及时调整更新那些长线学科专业和不适应现代医学模式和 疾病谱的学科专业，注重发展和扶持新兴学科、前沿学科和边缘交叉学科，走理、工、医相结合，基础与临床相结合以及中西医相结合的路子来形成自己的优势和特色，使一些新兴学科、前沿学科和边缘交叉学科尽快成为有优势特色的带头学科。

4．医院学科建设的目标

（1）提高医学技术水平、促进医学科技发展

学科建设要与提高科学技术水平、增强科技竞争力和促进科学技术与社会、经济协调发展相结合。科学技术的发展最主要体现在不断有创新成果的积累上，体现在不断有新的发现、新的发明、新的创造上。不断创新、不断探索未知和未能，创造新知和新能，不断提高医学技术和防病治病水平是医学科技发展的根本源泉和内涵。重点学科建设必须立足于促进医学科技的发展，力求提高承接重大、重点科技项目的能力和竞争力，争取在防病治病的难点、热点和关键技术问题上有所突破，使严重危害人民健康的主要疾病的防治技术明显改进，疾病的治愈率显著提高。总之，根据确定的学科研究方向加强针对性科技研究并不断取得创新性成果是建设和发展重点学科的根本目标。

（2）培养高层次人才，建设一支高水平的卫生科技队伍

建设和发展重点学科任务艰巨、意义重大，需要所有参与人员都能有足够的认识、积极的态度、高度的责任心和奉献精神。高水平的卫生科技人才是推动卫生事业发展的主力军，培养一支高水平的卫生科技队伍是一项十分紧迫的战略任务。通过学科建设，要力争使一些医院的学科专业成为国内知名、甚至国际知名的人才培养中心和科学研究中心，力求培养出一批精干的、具有国内外一流学术水平的学科带头人，并建立起一支学科齐全、结构合理的学术梯队，逐步形成真正代表我国医药卫生最高学术水平，人员梯队合理、精干、高效的卫

生科技国家队。

（3）优化实验技术装备，完善科研支撑条件

重点学科建设是多方面的，科研支撑条件在学科建设和发展中占有重要地位，科技人才的培养和高水平科技成果的取得，离不开先进的实验技术装备和实验场所。重点学科建设要与重点实验室建设和承担重点科研任务及培养高层次人才结合起来。要从加强重点学科建设的角度出发，根据需要与可能，努力创造条件，促进对重点学科的实验技术装备的配套建设，进一步完善科研支撑条件，力求重点学科与其实验室在硬件和软件建设上协调发展，逐步发展建成重点实验室或重点实验基地，为医院的科技发展提供先进的科研条件。

9.3.2 人才培养

从医院资源的角度看，在医院运营的诸多重要资源中，医学人才是最为关键的战略性资源。医院之间的竞争，归根到底是医院人力资源优劣的竞争，能否争得人才、挖掘人才、良好地运用人才和留住人才，是医院健康发展、快速壮大的决定性因素。

（1）制定培养规划和目标

各医院应根据实际情况，把人才培养纳入重要议事日程，人才的培养切忌急功近利、临渴掘井，要有长远眼光，应提前做出预测和规划。在人才培养结构上要适应人才培养“面向现代化、面向 21 世纪、面向未来”的要求，有计划、分层次地搞好学科带头人、后备学科带头人和青年学术骨干的培养工作。对三个不同层次的培养对象，各医院均应根据自身规模条件和实际情况制定出明确的培养计划和目标，其内容包括政治素质，医疗、教学、科研业务能力及学术水平和学术地位上的提高等。必须措施可行，计划落实。

（2）培养途径和方法

对医学人才的培养，应根据不同的培养对象以及各类人才的特殊规律，选择不同的培养途径和方法。医院应积极创造条件支持优秀专业人才赴国内外学习、访问、研修、考察、讲学及参加学术会议。出国考察、参加国际学术会议及开展国际合作研究有助于优秀人才跟踪国际科技进展，把握研究前沿领域，掌握最新的科技信息和先进的技术手段，有利于学科的建设和发展。对于后备学科带头人和青年学术骨干，应根据各医院实际情况，在规定时间内使他们完成博士后、博士或硕士学业，或安排国内外进修学习，指定老专家指导，根据他们的业务能力和水平，给他们压担子，聘他们做研究室的主任、秘书等，使他们在实践中长知识，长才干。同时让他们积极争取承接各级各类科研项目，将他们推到科研、医疗第一线，以任务带学习，结合完成明确的工作任务进行培养提高。当然，科技人才的培养和提高，除了组织上创造条件，采取适当措施外，主要还在于本人能面对科技挑战和竞争，勤奋学习、刻苦钻研、不断进取。

（3）必要的工作保障措施

对优秀人才，除了给任务压担子外，医院还应积极为他们提供必要的工作保障措施，给

他们以充分施展才华的舞台和条件。如为了保证他们能把主要精力投入到学科建设的工作中，医院应为学科带头人配备兼职秘书；根据学科尖子的实际情况和本人意愿，每年还为他们安排一定时间的学术假，保证他们潜心学术研究；医院领导及有关职能部门还应经常听取学术带头人的意见，并及时采纳他们的合理化建议；在选派出国考察访问、审批科研经费、安排住房、晋升职称等方面予以优先考虑；还应发给一定的津贴，使他们更好地为医院建设服务。

9.4　医学教育的管理

9.4.1　医院教育的内涵及模式

1．医院教育内涵

教学是医院的重要职能之一，医院教学是医学教育的重要组成部分，是医院将知识、技能传授给学习人员的过程。

狭义的医院教学是指临床工作人员通过临床示教、查房、讲座和各种操作向见习生、实习生、进修生、研究生以及低年资医生传授临床知识和技能，通过以上教学环节，使书本上的理论在临床工作中得以理解和应用。

广义的医院教学认为，随着社会进步，医疗模式的改变，新学科和边缘学科不断涌现，医学知识更新快，新理论、新知识、新技术、新方法层出不穷，医院可以通过远程教笔、学术会议、学术活动等现代化学习方法与手段，促进医务人员知识更新，提高业务水平，以适应医学科学技术和卫生事业的发展。

2．医院教育模式

临床医学的实践性和医学科学发展的无限性，注定了一个医生从医的一生，也是终生接受医学教育的一生。医学教育是一个连续的过程，这个连续的统一体可分为三个性质不同又互相连接的教育阶段，即高等医学院校教育、毕业后教育和继续医学教育，如图 9-2 所示。

（1）高等医学院校教育

学校医学教育主要是指医学的本、专科教育，其学习内容强调理论的系统与完整性，教育所涉及的知识面较广而深度较浅，这为毕业后教育打下良好基础。高等医学院校的学生，经过基础理论学习后就进入临床，接受临床学科的理论教学和临床工作的实习。高等医学院校的附属医院或教学医院作为临床教学基地，承担着临床教学的任务。医院教学工作的主要目标是让医学生通过临床教学和实践，塑造医生以人为本、救死扶伤的从医品德，掌握从事医疗工作的基本知识、基础理论和基本技能，培养综合分析和解决问题的能力。

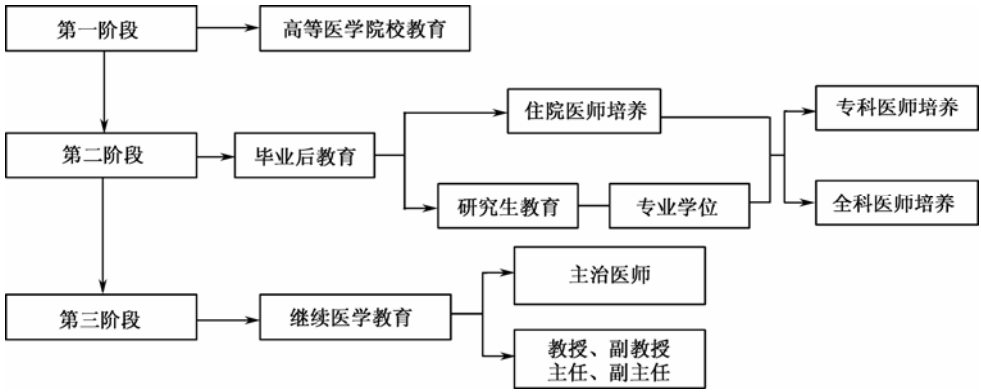


图9-2 医学教育模式

对医学生的培养要从加强医德教育，优化育人环境入手。医院应以良好的医院文化和医德规范，教育督促医学生规范自己的言行；要构建全面发展的临床教学模式，在临床导师的指导下，充分发挥医学生自主学习的能动性。临床教学是就业前的专业化训练的重要环节，应重视每项实习内容。

（2）毕业后教育

学校医学教育只能使学生掌握基础的医学理论知识与一般技能，进一步系统地接受某一学科的正规化、专业化培养十分重要。毕业后教育包括住院医生规范化培养、研究生教育等。

（3）继续医学教育

医学教育被公认为终身教育，继续医学教育大概要占一名医生一生所学的一半以上，其主要内容包括医院中级以上职称卫生技术人员的再教育、外来进修人员的培训等，由医院分管教学院长负责组织管理，科教处作为职能部门负责具体实施。

9.4.2 医学院校的临床教学

由于医学教育的特殊性及全球医学教育最低标准的引进，高等医学院校如何处理好规模与教学质量的关系，即在招生规模不断扩大的情况下，医学教育质量能否得到保证是社会普遍关注的问题。医学生毕业后，面临的是病人，而医学生进入临床后其综合能力的高低，直接反映了医学教育、临床教学管理、临床教学质量等的高低。如何确保医学人才尽快适应当前的竞争，关键在于提高临床医学教学质量。

1．开展临床教学应具备的基本条件

首先，作为临床教学的附属综合医院应有 500 张以上病床，科室设置齐全，其中内、外、妇、儿病床超过病床总数的 70%，并有能适应教学需要的医技科室和教学设备，能为高等医学教育提供良好的教学实践场所和较为齐全的多专科临床环境。

其次，应有一支高质量的师资队伍，有一批思想过硬、知识面广、以身作则、具有丰富

教学经验、责任心强、专业水平高、表达能力强的优秀指导教师，包括承担临床课理论教学任务的、具有相当于讲师以上水平的人员，直接指导临床见习的总住院医师或主治医师以上人员和直接指导毕业实习的住院医师以上人员。

再次，应具有必要的临床教学环境和教学建筑面积，包括教室、示教室、阅览室、图书、资料、食堂等教学和生活条件。

2．临床教学的过程管理

加强临床教学过程管理是保证临床教学质量的关键。要安排好教学每个环节的工作，使整个临床教学规范，有序地进行，主要包括以下方面的内容。

（1）临床教学计划的实施

医院教学职能部门应按照教学科的安排，根据所承担的专业教学计划、课程教学大纲、实习大纲等制订医院临床教学进程安排表、实习轮转安排表、理论讲课安排表和其他业务教学活动安排表。

（2）临床专业教学的管理

临床教研室是临床教学工作的核心部门，其工作管理内容包括教研室任务与职责、教研室主任职责、教学秘书职责、兼职教师职责和带教教师职责等。各教学岗位的教师均应按职责所规定的内容与责任开展临床教学工作。教研室要组织好教师根据教学计划、教学大纲（实习大纲）的规定，积极完成所承担的教学任务，切实保证教学工作的正常实施，努力提高教学质量。教研室的主要教研活动除了集体备课，研讨教学中所遇到的问题外，还要开展教学内容与教学手段、形式、方法上的革新等，以提高临床教学效果。这也包括年轻带教医师的培养性讲课、检查性听课及高年资教师的示范性教学活动，以及建立教师的定期考核制度，听取学生对教学工作的意见和要求，改进教学工作，做到教学相长。

（3）临床实习学生的管理

管理学生的任务由承担教学与实习任务的教学医院专业人员负责，必须制订合理的教学、实习计划，严格督导学生在有限的时间内规范掌握病历书写程序及常规的诊疗技能，对实习生进行医疗安全教育、职业道德教育，且要及时关心实习生的学习与生活情况，予以必要的指导和支持，保证每位学生顺利完成临床实习任务。

3．教学评价

一般对教学条件、教学过程和教学质量三方面进行评价，然后做出综合评价结论。

教学条件评价：主要是了解和判断支持系统（包括人、财、物等）对培养目标实现的潜在可能性，有否与任务相适应的临床教师队伍应作为评价的重点条件。

教学过程评价：主要是调查分析教学进程和管理过程的状况，判断医院在实现临床教学目标过程中的计划、组织、领导和调控方面的措施。

教学质量评价：主要是调查了解医院在学生医德医风教育、知识与临床技能教学方面是否达到了预期目标，以及在教学科研方面所取得的成绩，然后是用人单位对毕业生的总体

评价。

评价临床教学质量的方法很多，例如，可以建立教学质量监控组，由师生共同担当，科学、系统、准确、公正地反馈临床教学的信息；可以由专家教授建立教学督导组，在每门课程开课前，组织授课人员集体备课、试讲，督导组及各教研室主任共同参与，对授课教师提出标准、要求及意见，使每位成长中的中青年得到系统、规范的指导，对于提高教学质量、合理分配教学内容可起到督促作用；可以建立督导组跟班听课制度，针对教学过程、教学方法、教学结果进行科学、合理的评价。

9.4.3 毕业后教育

（1）研究生临床医学教育管理

临床型研究生培养是一种将住院医师培训与研究生学位培养相结合的毕业后教育新形式，可以使优秀的临床住院医师更专注于临床技能的培训，造就一批临床高级实用型人才。医院科教科为主管临床教学的职能科室，应设专人负责研究生教育的日常管理。研究生所在教研室应形成集体培养下的导师负责制，主要以临床能力训练为主，重视基础理论学习，遵循结合临床实际问题开展科研工作的培养原则。

临床研究生以临床实际工作能力的训练为主，临床医学专业学位的授予标准也突出临床思维能力与技能的训练特点。临床医学硕士应具有较强的临床分析和思维能力，能够独立处理本学科疆域内常见病、多发病，掌握各项检查治疗技术，能对下级医师进行业务指导，达到卫生部颁布的《卫生部临床住院医师规范化培训大纲》中规定的第一阶段培训要求的临床技能水平。而科研与论文方面则需具备查阅本专业相关文献的能力，能结合临床实际，学习并掌握从事临床科学研究的基本方法，完成一篇学位论文，并通过答辩。

（2）住院医生规范化培训与管理

住院医师规范培训是指完成高等医学基本教育的毕业生，接受某一学科规范化的系统专业培训，使其所学的知识与技能朝着某一专业方向逐渐深化的教育过程。住院医师规范培训是毕业后教育的重要组成部分，占据了医学终身教育的承前启后的重要地位，是医学临床专家形成过程的关键所在。主要包括两个阶段：第一阶段 3 年，在二级学科范围内轮转，参加本学科各主要科室的临床医疗工作，进行全面系统的临床工作基本训练。第二阶段 2 年，进一步完成轮转，逐步以三级学科为主进行专业训练，深入学习和掌握本专业的临床技能和理论知识。最后一年应安排一定时间担任总住院医师或相应的医院管理工作。

9.4.4 继续医学教育

为适应社会主义卫生事业发展需要，依据《教育法》、《执业医师法》和《全国专业技术人员继续教育暂行规定》等要求，国家对卫生技术人员实行继续医学教育制度。继续医学教育是继医学院校毕业后走向医疗卫生实践岗位的终身性知识更新教育，是我国医学教育体系

的重要组成部分，也是医院建立一支高质量卫生专业技术队伍的关键环节。

（1）继续医学教育的目的、对象与要求

继续医学教育是卫生技术人员在其职业生涯中了解学习新理论、新知识、新技术和新方法，掌握国内外医学科学新进展的有效途径。通过开展继续医学教育，能不断提高医务人员的专业能力和业务水平，不断更新专业知识和理念，并能指导下级卫技人员开展医学实践和科研工作。

继续医学教育的对象是高等医学院校毕业后，通过规范或非规范的专业培训，具有中级或中级以上专业技术职称的卫技人员。在医院包括临床、护理、药学、医技以及卫生管理等人员。

继续医学教育的要求：通过继续医学教育使中级卫生技术人员在晋升为高级卫生技术人员之前，具备相应的理论知识、医疗技术水平和科研教学能力；使高级卫生技术人员了解医学科学的前沿理论，掌握本学科的最新科学技术进展，对本专业有较深的研究，成为医院内本学科的学科带头人，同时能指导下级卫生技术人员开展医学实践和科研工作，以促进医院的发展。

（2）继续医学教育的内容

继续医学教育的内容是适应各类专业卫生技术人员的需要，注重针对性、实用性和先进性，应以现代医学科学技术发展中的新理论、新知识、新技术和新方法为重点。

继续医学教育采取学分制的管理方法，对个人所取得的学分予以分类登记。按继续医学教育活动的性质可划分为Ⅰ类学分项目和Ⅱ类学分项目。

Ⅰ类学分项目包括：国家继续医学教育项目，省级继续医学教育项目和卫生部部属单位、院校及由中华医学会总会举办经卫生部备案的继续医学教育项目，主要包括学术会议、专题讲习班、短期研讨班等。国家级、省市级继续教育项目必须符合下列各条之一：本学科的国际、国内发展前沿；本学科的国内、省市发展前沿，边缘学科和交叉学科的新发展；获省市、部级科技进步二等奖以上科研成果的应用和推广；国际、国内先进技术的引进和推广；填补国家空白，有显著社会效益的技术和方法。

Ⅱ类学分项目指自学和其他形式的继续医学教育活动，主要包括自学认可项目（其内容、范围、考试大纲、考试时间、学分授予由各专业继续医学教育中心公布），到外单位零散进修，在刊物上发表论文或综述文章，科研成果，出版医学著作，编写文字教材与音像教材，出国考察，发表医学译文，医疗卫生单位组织学术报告、技术操作示教、手术示范，病历讨论等继续医学教育活动。学分的具体计算与授予方式参见各省市卫生行政部门下发的有关规定。

本章参考文献

1. 曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003
2. 董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000

3. 张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007
4. 侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007
5. 丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999
6. 方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
7. 陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003
8. 申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
9. 刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007
10. 哈罗德·孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998
11. 赵永红．浅析医学生临床教学管理[J]．黔南民族医专学报，2008（3）：179～181
12. 张媛．医学生临床教的学管理几点思考[J]．第二军医大学附属长海医院，2007，27（3）：75

第 10 章　病案管理和医院统计

10.1　病案管理

10.1.1　病案的基本概念

1．病案的定义

病案是医疗部门在临床诊疗过程中，记载病人病情演变、疾病诊断及处理方法的案卷，是医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表以及各种检查、化验结果等资料的总和，它是医学科学的档案资料，也是病人的医疗档案。

2．病案的种类和形式

病案的形式包括文字、图表、图像、录音等，载体包括纸张、缩微胶片、磁盘、光盘等介质或设备。随着科学技术的发展，病案的形式和载体还在不断变化丰富。

病案的种类包括门（急）诊病案和住院病案两种。门（急）诊病案是患者在医疗机构门（急）诊就医过程中，医务人员对患者诊疗经过的记录。住院病案是患者在住院诊治过程中形成的医疗文书，其信息量大，资料完整，是医院病案的主体。

3．病案的特点

（1）病案属于档案的一种，具备档案的一般特点

① 病案是原始的历史记录，不是事后编写的材料。病案集记录性和原始性于一体。

② 病案的产生与存在，始终渊源于专门的形成单位及其职能活动，具有定向积累性和历史联系性的特点。

③ 由于病案是历史的原始记录物，而非复制品，更具可靠性。

④ 病案具有单一性和稀有性的特点，其保护和利用也有特殊的要求。

⑤ 具有使用价值。

（2）病案与其他一般档案相区别的特点

① 病案的形成是以个人为单位，一人一案是病案最为显著的特点。

② 病案的形成周期长，保存分散。其形成往往伴随一个人的一生。而且一个人一生会到不同的医院就诊，使得一个病人的病案材料分散在不同的医院之中。数量大，增加速度快。

③ 内容复杂多样。

④ 隐私性强。

4．病案的作用

（1）病案是医疗行为的重要依据和出发点

病案是医务人员在就诊过程中对患者的症状、体征和各项检查结果以及病情的发生、发展和演变所做的真实、详尽的记录，是医务人员了解病情，进行综合分析，做出疾病判断的重要依据，借此医生可以有针对性地采取措施进行治疗，同时也为病人以后的再次治疗提供参考。

（2）病案是案例教学的资料来源

病案内容来自于临床医疗实践，具体、真实、及时、可靠的病案，是教学工作的活教材；一份优秀的病案不仅是宝贵的医疗文件，也是难以从书本上找到的宝贵教学材料，对培养医师起着至关重要的作用，特别是典型病例、疑难病例或罕见病例的病案，更是难得的实用教材。

（3）病案是医学科研的宝贵资料

近代医学的发展，依赖于基础医学的发展。而基础医学与临床诊断、治疗水平又是相辅相成的。每当基础医学的研究取得了某些突破，临床诊断、治疗水平就会上一台阶。通过病案能及时地总结临床经验，并将这些经验加以统计、分析、归纳，使之完善，这就为基础医学和临床医学研究提供了详实可靠的资料，为探讨疾病病因、诊断及治疗循证依据和方法奠定基础。

（4）病案是反映医疗护理水平的重要依据

病案是临床实践的第一手资料，它完整地记录了病人历次的检查、治疗和转归的全过程，以及与疾病有关的信息；是病人就医期间身体和心理情况的真实反映，也是人们同疾病作斗争的原始文献。同时，还可提供给医务人员查阅大量的病案，发现一些疾病的症状及发病治疗规律，总结长期积累的临床经验与教训，从而做出正确的诊断，制定最佳的治疗、护理方案，不断提高医疗护理质量。

（5）病案质量是衡量医院管理和医疗水平的标准之一

各种疾病的发生、发展、诊断、治疗、护理、转归等指标都是通过病案客观反映出来。因而病案是检验医疗护理工作优劣、质量高低的依据。是医疗业务活动数量统计的可靠依据。通过查阅病案，能掌握医务人员的业务技术水平和服务态度，并作为领导改进医院服务质量和考核医师业务水平的参考。实践证明，根据病案提供的资料，实施切实可行的计划管理，不仅能提高工作效率，还可以在医院医疗服务质量的持续改进与提高上提供有力参考依据。

（6）病案是指导疾病预防工作的循证依据

通过病案的统计分析，可以找出各种疾病发生、发展的规律及特点，为采取有效的预防措施，保障人民的健康提供可靠的循证依据。

（7）病案具有重要的历史意义

从历史病案特别是具有标志性意义的如医学重大突破的病案研究中，可以了解到医学科

学发展的轨迹。同时，通过对现在病案的真实记录和合理管理，也将为未来社会提供一份可以研究现代社会和医学科学发展的宝贵遗产。无论是过去、现在，还是将来，病案都是一部真实记录医学科学和社会发展的宝贵历史资料，也是一部病案科学管理的发展史。

（8）病案具有重要的社会学和法律意义

病案是记录和证明医疗活动客观事实真相的依据，具有客观真实性、不可替代性、无法弥补性和行为关系性的特点，它为医疗保险业的健康发展提供可靠依据，是医院进行民事诉讼活动中最重要的证据之一。随着我国法律制度的不断完善，人们的法制观念和自我保护意识日益加强，表现出的医患纠纷也越来越多。病案作为解决医疗纠纷的一个重要依据越来越被人们所重视，它可以客观全面地反映病人住院期间的就诊情况，成为保护病人、医师及医院利益的重要原始记录。病案还是处理各种肇事、事故和伤残鉴定的重要医疗文件依据。

需要注意的是，以上病案的作用的实现是以保证其原始性、客观性、真实性、完整性等特点为基础的。

5．病案书写的要求

新入院患者的入院记录由住院医师认真书写。有实习医师者，除入院记录外，另由实习医师系统书写入院病历。入院病历不可代替入院记录。在病史询问及体格检查时，住院医师应指导实习医师进行。

入院病历及入院记录须在采取病史及体格检查后，经过综合分析、加工整理后书写。所有内容与数字须确实可靠简明扼要，避免含糊笼统及主观臆断；对阳性发现应详尽描述，有鉴别诊断价值的阴性材料亦应列入。各种症状和体征应用医学术语记录，不得用诊断名词。患者提及以前所患者疾病未得确诊者，其病名应附加引号。对与本病有关的疾病，应注明症状及诊疗经过。所述各类事实，应尽可能明确其发生日期（或年龄）及地点，急性病宜详询发病时刻。

入院病历及入院记录除着重记录与本专科密切有关的病史、体征、检验及其他检查结果外，对于病人所患非本科的伤病情况及诊疗经过也应注意记录。所有未愈伤病，不论病史久暂，均应列入现病史中；已愈或已久不复发者方可列入过去病史。在列述诊断中，也应将当前存在，尚未痊愈的伤病名称逐一列举。

属于他院转入或再次入院的患者，均应按新入院患者处理。由他科转入者应写转入。由本科不同病区或病室转入者，只需在病程记录中做必要的记载与补充即可。

入院病历及入院记录尽可能于次晨主治医师巡诊前完成，最迟须在患者入院后 24 小时内完成。如因患者病重未能详查而在 24 小时内不能完成入院病历时，则详细病程记录务须及时完成；入院病历可待情况许可时补足。大批收容时，由主任医师酌情规定完成病历的时间。

除产科及大批同类病患者入院外，不可采用表格代替病历；如需用表格式病历，须经院长批准。

疾病诊断和手术名称及编号，采用国际卫生组织出版的《国际疾病名称分类》（最新版），便于统计和分析。所用译名暂以《英汉医学词汇》（人民卫生出版社出版）为准，疾病名称及个别名词如尚无妥善译名者，可用原文或拉丁文。

任何记录均应注明年、月、日。患者的急诊、抢救、手术等记录，应记明时刻。如 1991 年 7 月 6 日下午 9 时 30 分，可写作 1991-7-6，21:30。医师书写各项病案记录告一段落时，应签署本人姓名，签名应清晰易辨。住院患者的病历应经各级医师审阅。实习医师所写各项病案记录，应由住院医师以红笔修正及签名。修改病历应在患者入院后 48 小时内完成。修改甚多者应予誊清。

每张用纸均须填写患者姓名、住院号、科别及用纸次序页数。入院记录、入院病历及病程记录应分别编排页码。

根据医院具体情况，必要时书写中西医结合病历，于西医病历中增加中医四诊所得资料及中医辨证分析。西医诊断与中医诊断或辨证分型并列。其他医护记录亦应反应中西医结合情况。

各项记录内容应充实完整，文词简洁确切，通俗易懂。各种记录除另有规定外，一律用蓝黑墨水笔书写。要求字体端正清楚，不可用草书及杜撰怪字，亦不得涂改和挖补。

10.1.2 病案管理的基本概念

（1）病案管理的定义

病案管理是依据国家有关法律（如卫生部《医疗机构病历管理规定》）规定，用科学的方法，对病案的形成、收集、整理、鉴定、保存、利用、质量检查、统计等实施的一系列方法、手段。

（2）病案管理的特点

病案组织管理工作与病案技术管理和病案质量管理是相互依存、相互制约和相互促进的。病案资料积累越多，信息内容越丰富，信息流的作用越强，反馈的强度越大，反映出来的病案质量也就越高；如果没有科学的管理方法是实现不了这些要求的。只有周密地组织，才能达到以病案信息指导医教研实践，以管理贯穿医教研，在提高医教研质量的同时提高病案质量，形成循环往复、周而复始的良性循环。

（3）病案管理任务

病案管理的任务，是将医院医疗业务工作中产生的大量医疗信息资源进行全面系统的收集、传输、加工、保护和维护，通过对病案资料信息的分析，生成可行性研究依据和有价值的信息，成为全面评估医院医疗质量、管理水平、业务效率和效益的窗口。医院要想在当今信息时代中发展和生存，就必须加强人力、物力、财力的投入，建立一支病案管理的精锐队伍和信息自动化的网络系统。并健全病案资料规章制度，做到制定有规划，管理有标准，查阅有规定，保密有措施，开发利用有目标。充分发挥病案管理在医院整体发展医疗水平（如

科研、医教、人员技术分配、医疗事故处理、医护人员职责等）中的重大作用。这样才能促进医院整体发展，满足医疗发展需求。

病案是医院管理的重要信息资源，病案信息是最直接反映病人各种医疗需求的第一手资料。把握好这一环节，就能通过病案管理，确定目标市场，并根据实际需求，将医疗市场划分为不同类型和层次的医疗消费群体，从而有目的地进行医疗技术结构的改革，适时调整经营服务方式，确定新的服务项目，满足不同层次的社会医疗需求。

（4）病案管理工作的流程

目前病案管理存在三种模式：传统病案管理模式、传统纸质病案与管理信息系统相结合的一体化病案管理模式、初级电子病案管理模式。三种管理模式对应不同的管理流程。具体可从以下三个图来理解，如图 10-1～图 10-3 所示（王倩，2007）。

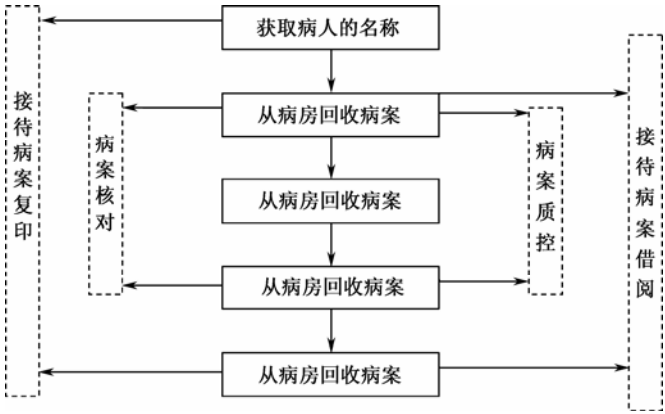


图10-1　传统病案管理模式工作流程图

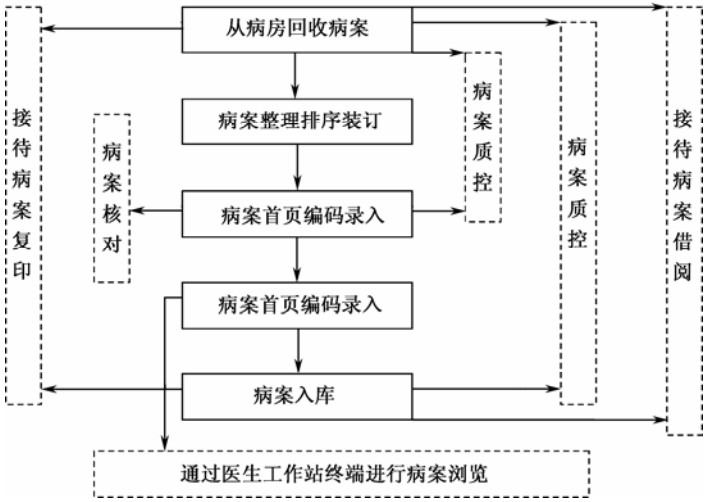


图10-2　一体化病案管理模式工作流程图

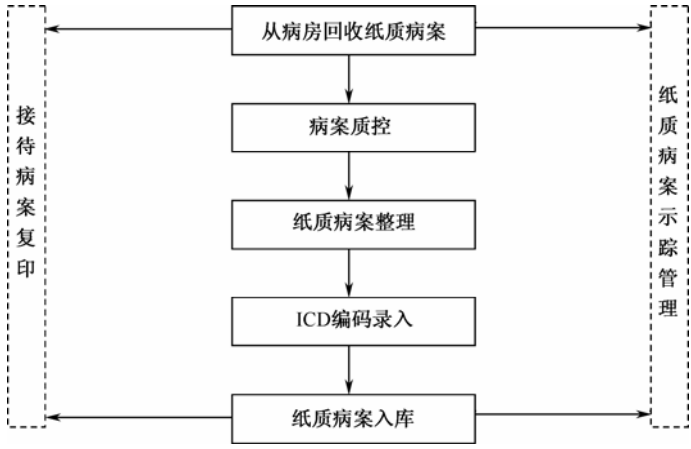


图10-3 初级电子病案管理模式工作流程图

10.1.3 病案管理的组织与发展趋势

1．医院的病案管理组织

病案组织管理工作要根据国家卫生部颁发的《全国医院工作条例》中的要求，完成病案管理任务，充分发挥病案的功能作用，结合医院实际，对病案管理责任、病案管理质量和病案管理专业技术进行全面系统的组织领导和有效的管理。

根据现代医院医疗服务工作性质，病案可以分为三级管理组织，即科室、病案室、病案管理委员会。每一份住院病历基础的形成是靠医务人员在临床第一线建立起来的。患者一旦出院，科室主管上级医师有权修正和整理，并加以严密的统一保管，允许在科室内保存一周。病案室是负责病案收集、整理、存储、检索、保存和信息利用的管理职能部门。医院建立病案管理委员会，由主管副院长担任主任委员，医务部（处）、各有关临床、医技科（部）、护理部、门诊部、病案室和综合档案馆的领导及有关人员参加。

2．我国病案管理的历史

中国病案管理的历史可以追溯到商朝，从殷墟出土了大量医疗记录甲骨文，其有一定的排列顺序。现代病案管理的历史是以协和医院 1921 年建立病案室为始，形成了相当完善的管理系统，建立了病人姓名索引系统、疾病分类系统、手术分类系统及病案编号系统，从此翻开我国病案现代化管理的一页。

3．我国病案管理发展的压力与挑战

随着病案管理的不断改革、卫生意识的转变、法律观念的加强，新技术的引入以及卫生信息的迅猛发展，给病案管理带来了新的希望，更对病案管理工作提出了新的挑战。

（1）病案的社会利用

现在的病案作用不仅体现在医疗、教学、科研方面，而且在保险、交通事故、伤残鉴定、医疗纠纷等方面都承担着法律依据的作用。特别是从 2002 年 9 月新的医疗事故处理条例实施以来，病案室的服务范围发生了根本的变化，病案室不单纯是为院内的统计报表、临床教学、科研服务，而是面向社会各个阶层，商业医疗保险、社会医疗保险、大病统筹、司法机关取证等，大量的工作在病案室完成。迅猛增长的社会利用量，给病案管理工作带来了压力和挑战。

（2）病案管理人员的素质

病案管理人员大多是从医、技、护改行而来，并不是来源于病案管理专业，未经过正规专业教育，特别是以计算机、网络通信为主的信息技术的应用，更给这些学历、文化知识参差不齐的人员带来很大困难。如何既具备医学病案专业知识及丰富的实践经验，又掌握法律、信息技术等相关学科知识，这给病案管理人员带来压力和挑战。

（3）病案的基础设施建设

随着新技术、新业务的不断开展，每年的出院病人总数都以较快速度增长，同时，病案质量要求越来越高，病案的书写内容越来越多，如增加了特殊治疗、检查知情同意书、医患合约、告病员书等，给病案保管提出了更高的要求。病案管理工作需要投入大量的人力、物力、财力，又不能直接产生经济效益，不少医院领导主观上对病案管理工作的重要性缺乏足够的认识，客观上舍不得投入，不能提供所需的设备和用房，致使病案管理环境不合理，这对病案的保管及现代化管理带来了压力和挑战。

（4）医务人员的法律意识

《医疗事故处理条例》中医疗纠纷的举证倒置，使病案成为最有说服力的法律依据。有些医生认为只要医术过硬就行了，不注重病案书写质量，致使病案记录不恰当、不完整、不准确、甚至有不合法的修改，一旦发生纠纷，就使自己和医院处于被动地位。加强病案管理，提高病案质量，进一步完善病案管理的制度化、程序化、标准化，适应法律法规的要求，避免医疗纠纷，这给病案的质量管理带来压力和挑战。

4．现代病案管理的发展

随着卫生事业的飞速发展，病案管理的发展趋势正逐步向信息管理、计算机管理方向发展，病案管理的职能正发生着巨大的变化。

（1）病案管理自动化

对以往保存的传统资料电子化，从而达到快速传输的要求，如病人姓名索引的计算机录入、纸质病案的影像扫描储存等。电子化病案是病案管理向卫生信息管理方向发展的具体表现。电子病案的概念应当是无论病人在医院的任何专科治疗，都可以获得在医院各部门的医疗信息。同时，电子病案系统应当连接电子图书、杂志资料库，方便医务人员了解最新诊断、治疗方法。

（2）管理队伍现代化

大力发展病案管理专业教育，在各医学院设置病案管理专业，培养现代化、专业化的病案管理人才。对在职病案工作人员进行集中培训和选送进修，要求他们既要掌握病案管理的专业基础知识，又要学习医学、统计学、计算机及法律知识，提高病案管理的综合技能。

（3）开发利用病案信息资源

病案工作的价值是通过服务来实现的，开发利用病案信息资源是病案管理的最终目标。随着病案利用范围的不断扩大，不论管理、医疗、教学、科研，还是医疗统筹、保险、律师、病退劳动鉴定、病残鉴定、个人/单位医疗费用核查，都与病案发生密切联系，特别是在许多发达国家使用的 DRGs（医疗付款与相关诊断分组），也给病案工作带来新的服务方向。今后病案工作的服务方式应该变封闭为开放，变被动为主动，最大限度、最大范围地为社会各方面提供病案信息服务。

综上所述，我国的病案管理工作经历了漫长发展历程，为我国医疗卫生事业做出了巨大贡献。但与发达国家相比，尚存差距。目前，我国病案管理工作正处于发展的关键时期，既面临着机遇又面临着挑战。因此，广大的病案工作者必须以我国病案管理的现状为起点，以实现病案的现代化管理，深入开发利用病案信息资源为发展趋势，抓住机遇，不断推动我国病案工作的现代化进程。

10.2 医院统计

10.2.1 医院统计的定义

医院统计是运用统计学的原理和方法，准确、及时、系统、全面地反映医院工作数、质量效果的活动。医院统计为医院管理者了解情况、做出决策、指导工作、制订和检查计划执行情况提供统计依据。

10.2.2 医院统计的特点

（1）医院统计资料的复杂性

这是由于医院工作本身的复杂性所致。医学科学本身具有很大的经验性，很多内容不是非常确定的，这导致了统计工作的不确定性和复杂性。例如，对某种疾病的诊断标准可能不是很明确；对某种疾病的诊断标准和治疗手段，各地区可能有所差异，这样同一指标在地区之间比较的时候就受到很大影响。

（2）医院统计资料要求完整性、系统性和连续性

医院的科室多，专业分工极细，统计项目很多，容易发生统计资料丢失和统计项目不全的情况；而医院每个时期的统计资料都有承前启后的作用，在时间上是连续的。医院统计资

料必须长年累月地积累，不能搞短期突击或事后追补。

（3）医院统计的专业性和技术性比较强

统计工作人员必须专职，也必须掌握一定的医学知识，才能保证统计资料的准确性。

10.2.3　医院统计的作用

管理工作中常有“见树木与见森林”的说法，指的是决策者是只看到了局部的情况还是掌握了全局的情况。统计工作的主要目的就是通过统计分析和推断，全面了解医院工作的情况，即所谓的“见森林”，从而为进一步的决策提供依据。

（1）医院统计是制订医院工作计划的重要依据

人们常说统计是认识的武器、管理的工具。认识的武器即用数字描述客观存在的事物，帮助人们对有关的事物形成具体的概念，使人们发展认识，进一步把握事物的本质和规律性。管理的工具即管理者和决策者根据这些统计数据，做出明智决策，指导医院的实际工作，提高医疗质量。

（2）医院统计是医院实行科学管理的主要工具

医疗结构与医疗消耗之间有几种关系：高疗效、高消耗；低疗效、低消耗；低疗效、高消耗；高疗效、低消耗。为广大人民群众提供优质、高效、低耗的医疗服务是医院工作的根本目的。要达到这一目的，可以根据一些关键统计实行科学目标管理：缩短住院日，增加病床周转率；在提高医疗质量的前提下，合理地扩大收容量，提高病床使用率；合理检查，合理用药。

（3）医院统计是医院工作检查和监督的手段

如出院人数指标是一定时期医院收治病人能力的反映；病床周转率反映病床的工作效率；病床使用率指标反映病床的负荷情况。类似这样的一些指标可用于医院工作的检查和监督。

（4）医院统计是临床医学科学研究的必要条件

医学科学在很大程度上是一种经验科学，如对不同疗法的疗效比较，新药的药效，医疗技术的经济性、安全性、有效性和社会性等的评判，都依赖于对于临床实践的统计、总结和分析推断，这样才能得出相对正确的结论。目前国际上流行的循证医学（evidence-based）也正是一种统计方法的运用，用来评价到底何种医疗技术才是最好的。

10.2.4　医院统计工作的程序

医院统计工作的程序大致可分为统计资料的收集，统计资料的整理，统计资料的分析和统计资料的应用 4 个步骤，每个步骤的工作内容分述如下。

1．统计资料的收集

统计资料的收集是按照统计的任务和目的，运用科学的调查方法，有组织地收集资料的全过程，是统计工作的基础。通过统计资料的收集，要获得丰富的而不是零碎不全的，准确的而不是错误的原始资料。

统计资料的来源主要有：医疗工作原始记录的报告卡、统计报表和专题调查。

（1）医疗工作原始记录和登记

医疗工作的原始记录包括就诊病人的病案资料和各科室根据相应登记制度记录的各种原始登记等。

病案（包括门诊病历和住院病历）是收集医院统计资料的主要依据，特别是住院病人的病历首页，其内容除了满足卫生部要求上报的各类报表的项目要求外，还可根据本院管理要求增加有关项目。为了便于病历首页内容输入计算机进行统计分析，要对有关项目进行合理、科学的编码，如疾病诊断名称应采用国际疾病编码（ICD-9）、手术名称编码可采用卫生部推荐的手术分类编码。另外，还要建立科室和医师编码。

（2）填写统计报表

在全院各科室建立月报制度（某些科室须建立日报制度），不能仅限于几项统计数字，只填报统计数字，没有文字内容，不利于了解情况和进行统计分析。因此在月报中应开辟“文字月小结项”，其中包括工作中的成绩、存在问题、病人反映、建议和意见等。各医疗科室都应认真填写医疗月报。

（3）专题调查

医院管理人员为了了解医院管理中的某些问题，还需要时常做专题调查。专题调查可以采取定期或不定期的全面调查、抽样调查、重点调查、典型调查等方式。

在收集医院统计资料时，无论采用何种形式都必须要求原始资料严格按照规定的表格内容、要求标准、完成时间等认真填写，必要时进行复查核实。这样收集的资料才能作为整理、分析时使用的依据。

2．统计资料的整理

原始资料只是表明各调查对象的具体情况，零星分散不系统，是事物错综纷乱的表象，事物的某个侧面，事物的外部联系，甚至是和事物的主流或本质完全相悖的假象，只有经过科学的统计整理，才有可能得出正确的分析结论。统计资料整理按调查内容和研究任务的不同，可分为定期统计资料整理、专题统计资料整理和历史统计资料整理。

3．统计资料的分析

分析统计资料是统计工作的重要一步，其任务是应用唯物辩证的观点和方法，结合专业知识，对经整理得到的资料加以研究，做出合乎客观事实的分析，揭露事物的矛盾，发现问题，找出规律，提出符合实际情况的意见。统计人员可从以下几个方面开展统计分析：

（1）调查分析各项事物之间相互联系

研究事物之间相互依存、相互影响和相互制约的关系，可以掌握事物的发展规律，争取工作的主动权。例如，分析外科工作状况，应考虑外科门诊情况、外科病房床位数量及其使用情况、手术室的设备条件、外科医师的技术能力和协调情况，其他医技科室的技术力量和设备条件等。对于外科工作的各个环节以及存在的问题，均需通过统计分析，发现问题，找出解决问题的方法，达到预期的效果。

（2）调查分析事物内部构成

例如，通过掌握门诊各科诊疗人次数构成，各科医师的工作量，分析门诊各科的工作状况，有利于解决门诊“三长一短”的矛盾；从医院各类工作人员的构成，分析各类人员结构是否合理等。

（3）调查分析事物的均值

平均值是一组变量的代表值，反映事物的集中趋势和平均水平。在进行均值分析时，应注意资料的同质性和可比性，若将不同质的事物混在一起，将会得出错误的结论。

（4）调查分析事物的发展动态

通过密切注意事物的运动变化，观察各个不同时期的统计指标值，清楚地了解不同时期医院医疗服务的规模、水平和效率。特别是两个事物的对比，往往在个别对比时，看不出问题，而只有通过较长期的观察，才能较容易地得出正确的结论。

（5）调查分析计划指标执行情况

以统计数据为依据制订计划指标之后，要用统计分析手段定期检查和监督计划执行情况，协助医院领导及时调整人力、物力，动员一切有利因素促进计划指标的实现。

（6）统计指标的综合分析

使用多项统计指标，从相关的几个方面，综合分析事物的总体情况。例如，在研究医院业务收入和医疗费用问题时，需要把经济管理与医疗服务的社会效益结合起来进行分析，决不能仅考虑经济指标而忽略医疗服务量和医疗质量指标。只有综合分析医院工作的经济效益和社会效益，才能真正为医院深化改革，加强科学管理和提高医疗服务水平提供有效的依据。

4．统计信息的应用

医院统计工作要为医院领导做好参谋，为医院领导决策提供科学的依据，同时还要为全院各科室服务，将经过统计处理后的信息，及时反馈给医院基层各科室，充分发挥医院统计工作的监督指导作用。应用和反馈统计信息的常见形式有：

（1）定期分析

按照《医院统计报告制度》的规定，统计人员在定期向领导提交常规报表之后，还应提交统计分析报告。要将《医院统计分析报告》尽快送交全院职能科（室）以上的领导参阅，使他们及时了解医院工作动态，研究解决工作中的问题。

（2）专题分析

针对医院管理中较为突出的问题，深入各部门调查，正确选择其中的主要矛盾进行集中分析，并提出解决矛盾的建议和方法。

（3）统计简报

根据全院人员和医疗工作中发生的重要情况，进行不定期的统计分析。统计简报的时间性强、发布面广，因此要求文字简洁、印发迅速，同时又要注意内容及其影响。

（4）统计年报汇编

将医院各方面的全年统计数据汇编在一起，综合反映医院的医疗服务情况。年汇编每年1次，坚持积累下去，既有现实参考意义，又是历史统计资料。汇编不能仅有统计表格和数据，还应该附有适当的统计图和文字分析，做到图文并茂。

10.2.5 医院统计的范围和常用指标类型

1．统计范围

（1）基本情况统计

主要包括床位、人员和固定资产，如设备等分类指标。

（2）医疗业务统计

包括工作量统计、工作质量、工作效率、社会效益和经济效益统计。

（3）医院经营情况统计

① 医院经济收支和效益。包括财政拨款、医疗业务收支、药品收支、三产收入、固定资产收益、资金周转等分类指标。

② 医疗费用。主要包括病人各种医疗费用的支出，如平均处方药费、平均住院费、平均床日费等。

（4）物资统计

主要包括一些物资消耗的统计，如低值易耗品、办公用品等。

（5）专题统计

包括一些定期和不定期的专题调查。

（6）其他信息统计

包括教学、科研、图书、病案等的统计。

2．指标类型

常用的医院统计指标类型包括以下两种。

（1）绝对指标

也称绝对数，是某一统计对象的总量和规模的绝对数字，反映事物的实际水平。例如，年门诊量、年住院人次数、年出院人次数等指标皆属绝对指标。

（2）相对指标

也称相对数，是用来对两种或两种以上的有关现象进行相互比较时而采用的指标形式。常用的有以下四种形式。

① 率。说明某现象发生的频率。如医院感染发生率、诊断符合率等。

② 构成比。表示某现象内部各组成部分各自所占比重或分布。如各科病人的分类比例、药品收入占医院总收入的比例等。

③ 对比指标。说明两种现象之间的比例关系。如内科收入与外科收入的比、1 月份收入与 2 月份收入的比例等。

④ 动态指标。按时间变化顺序排列的动态数列，用以说明某现象在时间上的发展趋势。常用的有定基比（固定基数，如以某年的数值为基准，然后将各年的数值和这个基数相比）和环比（将各年的数值与上年的数值相比），如医院收入的增长率、门诊量的增长率等指标，既可用定基比，也可用环比指标来衡量。

10.2.6　常用医院统计指标及其分析应用

1．医院工作质量分析

医院工作质量的核心表现是医疗质量，因此分析评价医院工作的质量主要可通过对医疗质量的评价来进行。评价医疗质量主要可以从 4 个方面进行考虑，即诊断是否准确、及时、全面；治疗是否合理、有效、及时；有无给病人增加不应有的痛苦和损害；治愈时间长短。

（1）诊断质量分析

主要以下面几个指标来衡量：

① 门诊诊断与出院诊断符合率＝门诊诊断与出院诊断符合数 / 经门诊诊断住院的出院病人数；

② 入院诊断与出院诊断符合率＝入院与出院诊断符合数 / 出院病人数；

③ 临床诊断与病理诊断符合率＝临床诊断与病理诊断符合数 / 做病理诊断人数；

④ 手术前后诊断符合率＝手术前后诊断符合数 / 手术总例数；

⑤ 病人从入院到确诊的平均住院天数；

⑥ 入院三日确诊率＝入院三日确诊病人数 / 出院病人数。

（2）治疗质量分析

一般可通过下列指标来衡量：

① 治愈率＝治愈病人数 / 出院病人数；

② 病死率＝死亡病人数 / 出院病人数；

③ 好转率＝好转病人数 / 出院病人数；

④ 未愈率＝未愈病人数 / 出院病人数；

⑤ 抢救危重病人成功率＝危重病人抢救成功例数 / 同期收治危重病人数。

（3）治愈住院时间

① 出院病人平均住院天数＝出院病人占用总床日数（住院总天数）／出院总人数；

② 治愈者平均住院天数＝治愈者住院总天数／治愈出院病人数。

（4）给病人增加不应有的痛苦

① 医疗差错发生率＝医疗差错发生例数／住院总人数；

② 医疗事故发生率＝医疗事故发生例数／住院总人数；

③ 无菌手术化服率＝无菌手术化服例数／无菌手术次数。

其他一些常见类似指标包括：医院感染发生率、手术后并发症发生率、褥疮发生率、输血反应率、产妇会阴切开率等。

2．医院工作效率分析

医院工作效率分析包括以下几个指标。

① 平均病床工作日＝实际占用总床日数／平均开放床位数；

② 实际床位使用率＝实际占用总床日数／实际开放总床日数；

③ 病床周转次数＝出院人数／平均开放床位数；

④ 手术前平均占用病床日＝手术前占用病床总日数／手术病人数。

3．医院工作量分析

医院工作量分析包括以下几个方面。

① 住院工作量及其比例情况分析，如住院人数、各科住院人数构成比、住院疾病分类及其构成比等。

② 门诊工作量及其比例分析，如门诊人次数、各科门诊人次数构成比、门诊疾病分类及其构成比等。

③ 医技科室工作量及其比例分析，主要是各医技科室工作量及其内部构成比（如手术室手术次数及大、中、小手术的构成比；药剂科的处方数及构成比）、临床科室工作量之比（如门诊透视率、门诊处方率、门诊检验率等）。

4．医院经济活动分析

医院经济活动分析包括以下几个方面。

① 医院收入情况分析，包括业务收入总额及其构成，财政补助及行政拨款，院办产业收入等。

② 医院支出情况分析，如支出总额及其构成比。

③ 医疗费用分析，包括人均医疗费、平均处方费和日均费用等。

10.2.7 医院统计的重要性

（1）医院内各部门之间信息交流的依据

医院统计信息部门是医院信息流通的媒介，统计信息能够及时、准确、全面地反映医院

各部门的情况，以及病患在各个科室的病情，为科室之间的交流，以及病患不同病情的综合诊疗提供详实可靠的信息依据。

（2）医院量化管理的依据

现代化医院离不开科学决策，科学的决策离不开及时、准确、全面的统计数据，医院卫生统计系统能够迅速反映医院管理活动中的动态变化指标情况和历史全貌，为制订医院量化管理指标和计划，监控方案的实施过程，总结工作经验教训，提供可靠的、权威的数据资源保证。

（3）疾病防治工作的科学资料

医院卫生统计信息是疾病防治工作中准确、快速的科学资料，准确率远远高于疾病普查和抽样调查。随着医院疾病数据库的普遍建立，可以随时调阅和查询最新疾病动态情报数据，及时纠正疾病防治工作中的偏差和修改疾病防治工作方案，为人人享有健康做出巨大的贡献。

（4）医院科研的必需方法和信息来源

医院卫生统计信息是科研工作中不可多得的资料，统计是科研必要和必需的方法条件。通过疾病统计信息，可以很快地完成回顾性科研课题和疾病研究报告。一般的研究数据，经过统计人员的数据处理程序，计算出检验值和概率，就可以使模糊的、可以商榷的讨论变为明确的、清晰的、权威的结论，提升成果的价值。

（5）国家制定卫生政策的基础

医院卫生统计是党和政府认识国情、分析国力、决定国策、制订计划的重要依据，各种基层医院统计工作的真实性决定着国家相关政策的可行性和权威性。通过对统计数据的分析，党和政府能够了解国民的健康情况，并且制定相应的卫生政策和医疗政策。特别是近年来我国的医疗改革，都是以卫生统计为基础。

本章参考文献

1．王萍，姚雨，杨利华，毕玉君. 病案的作用与管理[J]. 中国病案，2007（8）：13～14
2．栾华. 医院病案管理与利用[J]. 山西煤炭管理平邮学院学报. 2007，20（1）：151
3．邱海云. 浅论病案管理工作的发展[J]. 淮海医药，2007，25（5）：479～480
4．张立平. 军队医院管理学[M]. 人民军医出版社，1998
5．刘颖. 医院统计管理刍议[J]. 重庆医学，2008，7（5）：13～14
6．丁涵章，马骏，陈洁. 现代医院管理全书[M]. 杭州出版社，1999
7．史自强，马永祥，胡浩波等. 医院管理学[M]. 上海远东出版社，1995
8．郭子恒. 医院管理学第 3 版[M]. 人民卫生出版社，1990
9．袁惠章，陈洁. 现代医院管理简明教程[M]. 中国纺织大学出版社，1996

第 11 章　医院文化管理

11.1　医院文化管理概述

11.1.1　医院文化管理概念及医院文化特征

随着企业文化管理理论的发展，在医院管理中也引进了医院文化管理的概念。所谓“医院文化管理”就是落实以人为本的科学发展观，以医院文化为对象创新和优化以往的医院文化，把提升其价值和品牌作为医院管理的中心环节的一种现代医院管理方式。它从文化运作的角度，从人的心理和行为特点入手，运用现代管理方法提高医院的共同文化价值和医院员工的服务理念，形成组织自身的文化品牌。也就是从医院组织整体存在和发展的角度，去塑造和提高医院文化的品质，形成和谐统一的内部氛围和外部社区环境；通过建立学习型组织等医院文化管理形式培育共同文化情感、文化规范和文化理性，激发员工的自觉行为和内在积极性，提高员工的精神境界。文化管理充分发挥了文化的功能，把以人为中心的管理思想全面显示出来。当然，文化管理并不排斥物质、资本等基础性生产力要素的作用，并不排斥信息、知识、科技等复合性生产力要素的作用，它是在物质文化的基础上，充分激发精神的力量，用文化约束和文化激发的功能，激扬民意、塑造民魂、凝聚民力。

医院文化具有以下几方面的特征：

（1）共性和个性的统一

作为医院文化都有其共性的一面，如治病救人，救死扶伤等，同时由于各个医院的经营方式、领导模式、办院方针、追求目标、传统作风、所处的地理环境及文化氛围等的不同，其医院文化也不同，即使在同一个医院内部，不同科室也会有自己的侧重点。而且，只有医院文化具有鲜明的个性，才能拥有活力和生命力，才能充分发挥医院文化的作用。

（2）稳定性和连续性的统一

医院文化是医务人员在长期的医疗工作实践中所形成的，故具有相对稳定性和连续性，能较长期对医院人员产生影响，不会因医院内外环境的变化而变化，如个别人员的去留、个别人员的活动等。

（3）继承性和创新性的统一

中国的医院文化是中华文化现代文化的组成部分，传承民族优秀文化传统，借鉴各国文化精华，是其重要特征。医院文化的形成过程实质上也就是对医院传统的继承过程，医院各方面的优秀传统必然要对医院文化形成很大影响；同时医院文化又是时代精神的反映，是时

代精神的具体化，是在医疗实践和医院管理活动中长期培养形成和不断充实发展起来的，创新是其发展的源泉。处于知识经济时代的医院，医疗技术飞速发展，医院文化必然要反映医院开拓创新、不断进取的时代要求。

（4）抽象性和具体性的统一

医院文化所包含的共同理想、价值观念和行为准则是作为一个群体心理定势及氛围存在于医院员工中的，在医院文化的影响下，员工会自觉按照组织的共同价值观念及行为准则从事工作、学习、生活，这种作用是潜移默化的、无法度量和计算的，因此是无形的、抽象的；与此同时，医院文化又是具体的，它的具体性表现在医院的院容院貌、员工的言行举止等各个方面。通过这些有形的具体载体可以反映出医院的文化。

（5）涵化性和可塑性的统一

医院文化的涵化性和可塑性是相互联系的，所谓文化的涵化性是指在两种文化群体相互的或双边的接触影响中，获得本位文化以外的其他群体文化元素的能力和发生文化演绎的过程；可塑性即医院文化的能动可变性，体现在医院文化与社会大文化、同量级的组织文化以及作为社会人的个体文化相互之间所产生的文化接触、文化适应和文化采借。

（6）软管理特性

医院文化之所以具有管理作用，主要是因为可利用其核心价值观对员工进行熏陶、感染和诱导，使员工自觉按照医院的共同价值观念和行为准则去工作。医院文化对员工有规范和约束作用，而这种约束作用总体来看是一种软约束。

（7）传播性

医院是知识密集、技术含量高的单位，是精神文明传播的窗口。医院与人民的生老病死紧密相连。一方面，医院通过其医疗活动，为保护社会生产力，为人民的健康做出贡献；另一方面，又以自己特有的医院文化向医院外部辐射，影响整个社会。这种传播和影响主要表现在：医院通过自己的良好形象、价值观念、发展目标、职业道德、医院精神、行为规范、院容院貌等影响病人，影响社会，对全社会的精神文明建设起丰富、促进和推动的作用。

11.1.2　医院文化的内涵

医院企业文化主要由物质文化、行为文化、制度文化和精神文化四个由表及里、由浅入深的层次构成。在现代医院管理中，医院制度文化的内容往往在医院的行为文化中涉及，因此将两者合为一体介绍。在这三个层次中，精神文化建设是核心，物质文化建设是基础，行为制度文化建设是保障。其结构层次如图 11-1 所示。

1．物质文化

物质文化是体现医院全体医护人员在医疗服务过程中积累形成的对疾病进行诊治的能力，是医院文化的表层部分，是制度文化和精神文化的条件，是医院存在和发展的物质基础。物质文化不仅折射出医院的经营思想、管理哲学、医院精神和医德医风等内容，也制约了医

院的管理能力和管理水平。

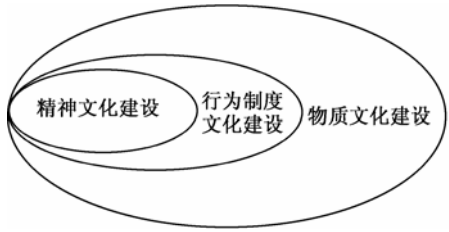


图11-1 医院文化建设层次图

物质文化主要包含以下几个方面：

（1）院容院貌

医院的自然环境，建筑风格，病房、门诊的设计，工作区、生活区的绿化、美化、污物处理等。

（2）环境文化

门诊、病房的布置，走廊、墙壁的安排，候诊条件，宣传栏，就医指导，宣传标语等。

（3）医务人员的言行举止

由于医疗工作的特殊性，对医务人员不仅要求其技术过硬，对言语表达、服务态度、仪容仪表等也有较高的要求。

（4）设施文化

主要指医院各种诊治仪器、药品材料、医护器械、资源开发和人员构成。

（5）各种记录

作为患者看病记载的门诊、住院病历，处方，各种检验记录等，都包含着医院员工的理念，也是医院文化的载体之一。

2．行为制度文化

制度文化是医院为实现医院目标给予员工的行为以一定方向、方式的具有规范性的文本性的文化，行为文化是医院员工的行为活动所体现的文化。行为制度文化是医院文化的中间层次，是对医院员工及其行为产生规范、约束作用的部分，集中体现了医院的物质层及精神层对医院和员工行为的要求，是全体员工在共同的工作活动中应当遵循的行为准则。制度文化既是适应物质文化的固定形式，又是精神文化主要机制的基础和载体，是员工行为准则的重要保证，主要包含以下内容：

（1）医院工作职责制度

医院工作职责制度是最基本的制度，规定了每个工作岗位做什么，怎样做及注意事项。

（2）领导制度

领导制度规定了医院的各项决策权、指导权、监督权归谁掌管，还包含对医院财产的占

有、使用、分配、处置等有关制度。

（3）责任制度

责任制度规定了医务人员工作的责任所在。

（4）医疗操作规章制度

医疗操作规章制度确定了医务人员在医疗工作中必须遵循的各种规范。

此外，还有医务人员道德规范、员工行为准则、各项院规院纪和一些特殊制度等。

3．精神文化

精神文化是医院文化的灵魂，是医院文化的内核，位于医院文化的深层，是医院在经营管理中所形成的独特的意识形态和文化观念。它是指医院在长期的实践活动中所形成的精神成果和文化理念，是全体员工的价值取向、服务观念、行为动因等组织文化精神聚焦，也是医院品质个性的浓缩和集中体现。医院精神文化是形成医院文化的物质层和制度层的基础和原因，也是衡量一个医院是否形成了自己文化的主要标志和标准。大致有医院哲学、医院精神、医院风气、医院目标、医院道德等方面的内容，在下面医院文化部分做详细的阐述。

综上所述，医院文化的物质层、行为制度层及精神层这三者是紧密相连的。物质层是外在表现，是行为制度层和精神层的物质基础；制度层则制约和规范着物质层及精神层的建设，没有严格的规章制度，医院文化建设就无从谈起；精神层是形成物质层及行为制度层的思想基础，也是医院文化的核心和灵魂。

11.2　医院文化的内容和功能

11.2.1　医院文化的内容

医院文化的内容主要包括十个方面：

（1）医院精神文化

医院精神文化是指医院在一定的社会制度、生产力水平和文化背景下，在长期的医疗服务实践活动中，逐步孕育起来并经过总结、提炼、升华所形成的理想信念、价值观念、道德规范和行为准则的综合体现，是医院员工群体意识的集中反映。医院精神是医院文化的核心内容。

（2）医院道德文化

医院道德文化是指医院职工个体或群体的品质在医疗实践中应遵从的规范。它是通过社会舆论、内心信念和传统习惯来调整医患之间、医务人员之间和医务人员与社会之间关系的行为准则文化。

（3）医院思维文化

医院思维文化是医院主体接受信息、存储信息、加工信息以及输出信息的全过程，并且

是概括地反映客观现实的过程。发达的医院思维文化，有利于培养医院管理者和全体员工的创新能力，提高医院的管理能力和医疗技术水平。

（4）医院心理文化

医院心理文化是以医院特定的心理领域为对象，从文化学角度研究医院管理者及员工、病人、家属及相关人员的心理现象、心理规律、心理作用。它是将心理学与管理学、医学社会学及哲学等学科运用文化学理论进行交叉研究而形成的一种边缘学科的理论，是医院文化的重要组成部分，属于深层次的医院文化。

（5）医院服务文化

医院服务文化是指医院对服务客体提供医疗实践过程中的物质服务和精神服务的总和。它是在医疗、护理、保健和康复等实践活动中产生的，并伴随这些活动不断发展。

（6）医院科技文化

医院科技文化是医学技术观念、医学技术手段、医学技术方法的总和。科学技术的发展是社会发展和社会改革的推动力量，而医学科技进步则是生命科学及医院发展的推动力量。

（7）医院管理文化

医院管理文化是指关于研究医院管理理论、管理模式、管理体制、管理者类型、管理手段和领导艺术的文化。这一文化还涉及管理要素、管理哲学的研究和实践。

（8）医院制度文化

医院制度文化是指精神文化和物质文化的明文化，是通过规章制度、条例法规来展现的。它是以规章制度的形式对某一文化加以肯定或否定。医院制度的健全与否、科学与否关系到院内秩序是否正常运行和院内外人际关系是否协调，因此医院制度文化是关系到医院大局的保证性文化、支柱性文化。

（9）医院环境文化

医院环境文化是指医院在医疗活动中所处的一切外部条件，分自然条件和社会环境两大类，具体包括医院政治环境、医院人际环境、医院工作环境和医院生活环境。

（10）医院组织文化

医院组织文化指组织功能、组织结构的形式及其协作的构成关系。不同的功能性格、不同的结构形式和不同的协作构成体系，形成不同的组织类型，不同的组织类型即表现为不同的组织文化。组织文化属医院文化的基础文化。

11.2.2 医院文化的功能

文化是社会政治和经济在观念形态上的反映，同时，也会深刻地影响它所赖以形成的政治生活和经济生活。因此医院文化必将影响医院的发展和建设的各个方面，从而充分调动和发挥医院整体为社会提供医疗保健服务的最佳效能。医院文化的主要功能有八个，如图 11-2 所示。

（1）凝聚功能

文化有极强的凝聚力量，一个民族如此，一个医院也是如此。医院文化注重研究的是人的因素。如何把员工的个人目标统一到医院的整体目标上来，是医院文化的重要功能。医院文化是通过医务人员的知觉、信念、动机、期望等文化心理，沟通人们的思想，产生对医院目标的认同感。医院文化像一根纽带，把员工与医院的利益与追求紧紧地联系在一起，使每个员工对医院目标、原则产生“认同感”，对集体产生一种稳定的“向心力”、“归属感”，形成院兴则荣、院衰则耻的荣誉感，不断培养员工对医院的忠诚感，从而使员工对医院产生一种向心力，自觉地把自己的理想、抱负与医院的整体利益联系在一起；当个人利益与医院发生冲突时，能以大局为重，以医院利益为重。医院文化的这种凝聚作用，对医院的长远发展将产生巨大的作用。

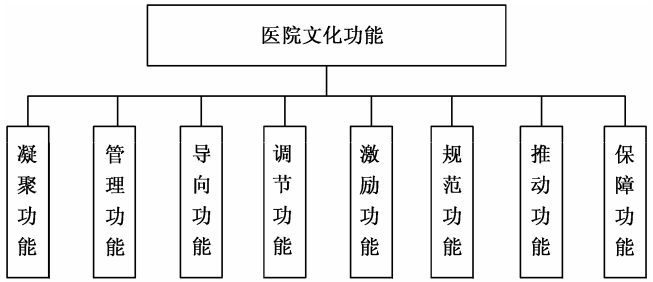


图11-2　医院文化的功能

（2）管理功能

医院文化是在医院管理实践中产生的文化管理现象。它的兴起是现代医院管理学逻辑发展的必然结果，也是对原有医院管理理论的总结和创新。过去的管理思想及其管理制度，其核心是医院以医疗为中心，建立与健全与医疗有关的各项制度与常规，以避免错误发生，强调的是管制的功能。它对于建立规则和秩序起到了积极作用，保证了医院运行处于稳定状态。现代管理学认为，管理实际上是对人的管理。但人从本质上说是主动的，过多的管制在一定程度上束缚了人的个性和创造性，这也是传统管理学的一大缺陷。新的医院文化理论以人为本，以调动人的潜能和创造性为出发点，以创新文化、创新机制为手段，从一个全新的视角来思考和分析医院的运行和管理，把医院管理和文化之间的联系视为医院发展的关键性因素。医院管理从制度、经济层面上升到文化层面，无疑将给医院管理带来勃勃生机和活力。

（3）导向功能

医院文化反映的是医院整体共同的追求，既是医院行为的再现，又是医院行为的完善和发展。一旦医院形成具有自身特色的文化，就具有一种特定的文化定势，具有相对的独立性。这种强有力的医院精神和行为准则自觉不自觉地成了医院行为的方向。医院文化的导向功能就是通过暗示或直示等不同方式渗入人们的灵魂，渗透到人们的心里，聚集于人们的观念中，取得人们的共识。当医院整体价值观念和目标的形成融于医院文化建设过程后，医院全体成

员便在参与医院文化创造的过程中以主人翁的姿态对其加以认知、评判和认同，实现自我价值观念和目标与医院整体价值观念和目标的协调统一。

（4）调节功能

医院作为一个整体，虽然医院的每个职工由于医院文化的激励、凝聚、约束等功能能够团结一心，形成良好的精神风貌，但由于每个职工的个体差异，如职务、职称、文化程度、技术水平、观念、思维、思想、性格等有差异，要使医院达到更高的目标，必须具有协调的团队精神和文化，必须具有对很多问题趋于一致的认识和看法。这就需要通过医院文化进行调节，使职工的观念统一到自觉为实现医院总目标而奋斗。优秀的医院文化支配着员工的行动和相互之间的沟通，使医院的各项工作及各项活动更加协调，使员工自觉地为实现自我价值和医院总目标而奋斗。

（5）激励功能

激励就是通过外部刺激，包括精神的和物质的，使人们产生高昂的激情和奋发进取的精神。共同的理想和共同目标可以增强职工的荣誉感和责任感，具有强大的激励作用。医院文化从心理学角度强调共同目标、共同利益、共同意愿，强调尊重人、关心人，激发人的动机，鼓励人充分发挥内在的动力，朝着期望目标采取积极行动。这种文化激励作用能最大限度地、持久地调动员工的积极性，使员工从内心深处自觉地产生为医院拼搏的献身精神。

（6）规范功能

医院文化中的观念、意识、道德、准则等意识形态对员工的行为具有无形的约束力。这种无形的约束力并非来自有形的规章制度，它往往是自然而然地约定俗成，经过潜移默化形成的一种群体道德规范，使员工的行为尽可能符合医院的要求，并实现自我控制、自我约束、自我规范。医院文化规范性深刻影响着医院中的每一件事，大至决策、医、教、研活动，小至员工的行为举止、衣着爱好、生活习惯等。正是这一非技术、非经济的因素，可能导致医院的兴衰。

（7）推动功能

我国医院的发展实践表明，资本无疑是医院发展中最重要的推动力。过去医院一般靠物资资源来建立自身发展优势，主要以扩大医院规模和增加设备投入创造经济效益。随着知识经济时代的来临，这种以扩大外延为主的发展方式将不是最好的发展模式。物资资本虽然是经济发展的重要动力，但已不是最重要的推动力，知识与文化担起了这一重任。因此，知识经济时代医院发展推动力一个确定的因素是“知本”，或称为“文化力”。“文化力”是一种潜在的内在驱动力。目前，国际著名企业普遍采用的企业形象战略和企业文化建设的实践，都是以文化力推动经济发展的积极尝试。这些尝试已取得了引人瞩目的成果，证明了文化力是获得经济增长的有效手段，是取之不尽、用之不竭的财富和智慧之源。因此，未来成功与卓越的医院在于不断创造新知识，不断创造新文化。

（8）保障功能

医院作为社会上客观存在的实体，它不仅追求繁荣与成功，还要着眼于长期的稳定和发

展。医院文化在医院长期的稳定发展中，在深层次上持续地发挥了巨大的作用。医院文化为医院的持续稳定发展提供了保障，这是文化的相对稳定性决定的。同时，这种保障作用也建立在医院文化的时代性上，医院文化如果不能随着医院内外环境的变化而变化，必将成为医院发展的障碍。

11.3　医院文化建设

医院文化对一个医院的生存和发展有巨大的作用，是现代医院管理的新趋势和新发展，也是现代医院管理理论体系中的一个重要组成部分。现代医院管理将管理的核心、管理的出发点与落脚点归结到对人的管理上，并创造出一种崭新的管理模式和精神。医院文化的实质就是把“人”作为现代医院管理活动的主体，并积极主张大力利用和开发医院的人文资源，从而实现医院建设发展的目标。因此，应充分发挥医院文化的作用，最有效地利用医院的人力、物力、财力资源，提高医院的社会效益和经济效益。

11.3.1　医院文化建设的原则

（1）坚持以人为本、全员参与的原则

调动全体员工的积极性，让每一个员工自主、自觉、主动地参与医院精神文明建设和文化建设，共同打造强大的企业文化力。要以尊重人、关心人、爱护人、培养人为基础，坚定员工信念，提高员工素质，重视人的价值，开发人的潜能。坚持以人为本的共识原则是指坚持以人为本的共同价值观，即将人作为医院管理的根本出发点和归宿，将调动人的积极性作为医院文化建设的重要任务。“以人为本”是医院文化的精髓，其内容包括：

① 正确看待人，将员工看成是医院的主人，是医院文化和医院管理的主体；

② 充分重视人，在医院管理中，由只重视建制度、定指标、搞奖惩等行政和经济手段转移到注重发挥人的主观能动性，调动员工的积极性、主动性和创造性上来；

③ 有效激励人，确保员工在医院管理中的主体地位，为员工创造良好的工作环境和成才条件，满足员工物质和精神方面的各种需求。

（2）坚持理论联系实践的原则

应用先进的精神文明和企业文化理论，把医院的各项工作提升到精神文明和企业文化建设的高度，以先进的企业文化理论指导实践，将全体员工认同的企业文化理念用制度确定下来，渗透到医院经营管理的全过程。医院文化不只是对外宣传的工具，文化理念只有融于实践才能真正发挥实效并形成医院文化竞争力，两者在医院文化的建设中应统一协调、全面发展。

（3）坚持全面发展的原则

医院文化建设的目标是提高医院员工的素质，全面地发展人，努力把员工培养成自由发

展的人。知识经济时代，医院员工队伍的素质是医院竞争力的主要标志，决定了医院的生存和发展。高素质知识型员工的素质应该是事业心、责任感、忠诚、守纪律以及技术性、创造性等的统一。因此，建设医院文化应以提高员工全面素质，促进员工全面发展为目标。

（4）坚持兼收并蓄的原则

医院文化具有民族性、继承性的特征，因此，建设医院文化要吸收一切优秀文化的合理性，包括吸收中国传统文化、社会其他行业文化和国外先进文化的合理性。医院文化作为社会文化的一部分，不可能离开传统文化的根基而存在，早期先哲们就已提出“人本”的思想，传统文化中的进取精神、道德修养、人际协调、“天人合一”等合理性内容是中国特色医院文化建设的基础。此外，日本民族文化的注重团队精神，欧美文化中注重个人发展的精神等都是建设医院文化的有益借鉴。

（5）坚持文化建设与精神文明建设相结合的原则

医院文化建设是精神文明建设工作与经济工作的有效结合点，二者方向一致、内容相通、功能相容、优势互补。因此，在医院开展文化建设，必须把精神文明建设工作与医院文化建设紧密结合起来，互相促进，创新医院文化建设，充分发挥系统整体运作的功效。

（6）坚持创新发展的原则

医院文化需要不断地随着社会、医院和人的发展而不断创新发展。医院所处的文化环境中，存在着社会文化、其他行业文化、群体文化、个体文化以及传统文化和外来文化等。医院内部还存在着主流的、非主流的，正统的和“异端”的文化，如正式组织文化和非正式组织文化。这些文化之间不可避免地存在着冲突，需要对各种文化进行有效的整合，以形成适应医院发展的医院文化。广泛借鉴先进企业优秀文化成果，充分体现现代医院新文化、新思想、新观念中的先进内容，用发展的视野和创新的思维，不断调整和丰富医院文化内涵，提高和升华医院文化境界，在继承中创新、在弘扬中升华。创建具有医院鲜明特点和时代特征的精神文明和医院文化，使其成为医院活力的源泉。

11.3.2 医院文化建设的目标

各医院在制订文化建设蓝图时，要根据国内外竞争环境和本医院的现状及发展战略等，确定医院文化构建的目标，使医院文化构建的目标与医院的战略目标一致，并通过实现医院文化构建的目标来促进医院的发展。各医院在建设医院文化方面，要逐步实现以下目标：

（1）进一步丰富医院文化体系

在医院文化建设实践中进一步深化和丰富文化体系，确立适应医院改革与发展要求的新观念。

（2）进一步完善制度建设

根据建立现代企业制度的要求，引入先进的管理理念、管理方法、管理模式，明确医院的共同行为准则，规范医院员工行为，建立规范的决策机制、权力制衡和监督约束机制，完

善相关管理制度。

（3）进一步加强执行文化建设

制定员工行为规范，建设一流团队。员工自觉遵守行为规范，恪守职业道德，敬业爱岗，职业素养进一步提高，团队凝聚力、执行力、学习力不断增强。

（4）进一步塑造医院形象

建立鲜明独特的医院品牌形象，追求诚信卓越的内在品质，提高医院知名度、信誉度，形成医院的无形资产。

（5）进一步增强医院公正度、员工忠诚度

医院关心员工全面成长，发挥员工创造潜能，鼓励创新，宽容失败，让员工对医院的发展、个人的成长和实现自身价值感到满意。实现员工对医院价值、理念、精神的认同，员工对医院热爱、忠诚，分担医院责任和风险，员工全面成长与医院持续发展相互促进，形成“人院合一”的局面，推动员工价值与医院价值的共同实现。

11.3.3　医院文化建设的基本步骤

医院文化建设是一个系统工程，要经历一个由浅入深、循序渐进的过程，医院文化犹如一幢大厦，在建设之前必须确定好目标，设计一张建设图纸，然后搭建框架，接着再添砖加瓦，确保现代医院文化构建有计划、有步骤、有重点地逐步展开。医院文化的构建流程大体分为以下四个阶段。

（1）分析准备阶段

统一医院领导班子对文化建设的意见，在职工中做好思想宣传，把分散在职工中的、隐藏在医院日常经营管理活动里的优良传统发掘出来，作为提炼设计的基础和依据。主要分析客观形势的发展趋势，对医院文化有关的方面进行调查，包括医院发展过程、经营思想、领导决策、员工素质、规章制度以及现代医院文化构建现状，做到心中有数。初步确定现代医院文化构建的目标，成立医院文化调研小组，成员应包括医院各个层级员工，真正做到全员参与。

全面深入考察医院文化现状，可以使用调查问卷、座谈访谈进行普遍性的信息收集；也可以设计和安排一些试验，观察员工在对待工作和问题时的表现，通过个案进行了解，由特殊到一般地进行分析。

认真区分医院现实文化中的优良文化和不良风气，并分析其出现、形成的原因，对于其中的不良风气，医院应针锋相对地提倡良好文化来加以克制，这是设计医院文化的关键。对于优良文化，则要大力鼓励倡导。

借鉴其他企业、医院，尤其是成功知名企业、医院的文化，取其精华、弃其糟粕。另外，考察社会发展趋势，挖掘出本医院应该具有却尚未形成的良好风尚和文化，并结合前面两步，制定出适合本医院发展的文化建设目标。

（2）设计铸造阶段

文化具有传统性，首先要从历史中提炼，在医院十几年，甚至几十年的发展中，一定会沉淀一些支撑员工思想的理念和精神。这些理念和精神，包含在医院创业和发展的过程之中，隐藏在一些关键事件之中，把隐藏在这些事件中的精神和理念提炼出来，并进行加工整理，就会发现真正支撑医院发展的深层次精神和理念究竟是什么。

另外，现代医院文化构建还要考虑医院未来的发展规划，对环境进行分析，对竞争对手进行分析，对自己的发展目标进行定位，找到现状与目标的差距。进一步回答：要想缩短差距，实现目标，医院必须具备什么精神，应该用什么理念。指导自己按照这些要求，把医院文化目标与医院发展战略规划结合起来，建立适合自己的独具特色的文化目标。

（3）实施固化阶段

首先，加大对医院理念的宣传力度，开展形式灵活多样的宣传方式，可以通过会议、报告、演讲或对新员工及在职员工进行培训等方式宣传医院的理念体系，提高各级管理者和广大员工对医院理念的认同度，在政策导向、管理行为、制度建设、文化活动及日常工作中，自觉践行医院理念，使医院理念深入人心。在改革和发展实践中，坚持与时俱进，进一步完善、创新和发展医院理念体系。其次，进一步修订完善医院规章制度，使之真正体现医院价值观和经营理念；再次，在实践中，一方面检验医院文化是否符合客观形势和医院实际，及时加以完善，另一方面要加强管理，开展思想教育，使医院文化落实在行动中，发挥应有的作用。

（4）监测完善阶段

医院文化是否被员工接受和认同，医院文化是否对员工发挥作用，首先需要很好的诊断。诊断的方法和原理是：把医院文化构建研究组成员集中起来，把医院的理念逐句念出来。请大家把听到理念后所想到的能代表这种理念的人物、事件说出来或写出来。如果大部分人都能联想到代表人物，且事件相对集中，就说明医院的文化得到大家的认同。反之，如果大部分人不能说出或写出代表性的人物或事件，就说明医院文化和医院理念没有得到员工的认同，也就更谈不上它对员工行为的指导作用，这时需要对医院文化进行重新构建直到得到认同。

各医院要根据本医院的实际情况，对本医院文化构建进行准确定位，使医院文化的构建能够科学、有序地进行。一般应采用先行试点，以点带面，滚动发展，整体推进方略。也就是要紧密联系实际，实事求是地根据自己单位的历史、现状和最优发展趋势来培育、提炼出符合自身的医院精神、职工道德、行为规范和规章制度等，形成具有特色和个性的现代医院文化。这样建起的大厦才有根基，才更坚实，这样的文化才有血有肉，更有底蕴，更加经久不衰。

11.4 医院形象与CIS管理

11.4.1 医院形象概述

医院形象是医院通过自身的存在形式和行为向公众展示的本质特征，进而给公众留下的

关于医院整体性的印象和评价。医院形象是医院文化的表现形式，医院文化是医院形象的内在基础。医院形象通常用知名度和美誉度两个基本指标来衡量。知名度是指一个医院被社会公众知晓的程度，是评价医院社会影响的广度指标。美誉度是指一个医院获得社会公众赞美、满意的程度，是评价医院社会影响力的核心。具体而言，医院形象包含以下几个方面：

（1）医疗质量形象

医院主要是向社会提供医疗服务，而医疗质量的高低直接决定了患者的生命和健康，它是医院建设永恒的主题，也是广大患者最关心的和最敏感的话题。医疗质量的优劣决定医院的生存和发展，患者希望以最小的痛苦、最合理的花费、最短的时间治愈疾病和康复是对医院永无止境的要求。因此，只有不断提高医疗质量，才能得到社会公众的认可与信任，医院也才有了生机和活力。

（2）医院环境形象

医院环境形象是医院形象的外在表现，主要包括医院的建筑、环境的美化和绿化、门诊病房的布置等院容院貌，是医院仪表的具体体现，是人们对医院的第一印象，并直接影响到医院形象的树立。医院环境形象要处处体现“以病人为中心”的理念，随着生活水平的不断提高，医院的环境建设不仅仅满足于上述内容的要求，甚至还很重视就诊环境是否有空调、电视、淋浴和通信等条件，由此可见，人们已经越来越重视医院环境建设的质量水平。

（3）医院管理形象

科学化、现代化的管理，是面向新世纪医院形象塑造的关键，在医院形象的塑造中起着重要的构建和组合作用。管理水平看似无形，但人们可以在诊疗各个环节中充分感受到医院的管理水平。一个医院内部机制运转是否有效，诊疗流程是否便利，学科设置是否合理，医院标识是否方便患者，员工的言行举止是否有亲和力等，都能体现医院管理水平与形象的高低。

（4）医院员工形象

员工是企业文化建设的主体，也是医院形象塑造中最有活力和决定性的要素，医院形象的优劣常常通过员工的言行举止折射出来。另外，医院职业道德水平的高低、行业风气的好坏直接反映了医院的办院方针和办院宗旨，是社会评判医院形象的重要指标。由此看来，医院的员工是一个特殊的群体，不仅要求其具有更高的职业道德与职业素质，还要求对患者充满爱心、同情心、耐心、细心，具有强烈的爱院意识和忧患意识，自觉地把医疗事故发生率和医疗人力成本降到最低限度，从而为医院赢得良好的信誉。

（5）医疗服务形象

医疗服务形象是医院在医疗活动中向患者提供服务时，给患者留下的服务质量的印象。医疗服务形象一般通过员工的言行举止反映出来，也是医院各级人员服务意识及整体素质的表现。医疗服务不是简单的“服务”，它和医疗技术相互融合，既有诊断、检查和手术等有形的手段，也有微笑、倾听和建议等无形的方式。

11.4.2 塑造医院形象的作用

（1）增强员工凝聚力

良好的医院形象可以赋予员工一种荣誉感、自豪感和自信心，增强医院的凝聚力。良好的医院形象可以引导员工的行为向医院目标努力，另外也可以起到吸引人才的作用。

（2）吸引患者

通过良好医院形象的展示，宣传了医院，也增强了医院的知名度、美誉度，从而增强了对患者的吸引力，影响患者的择医行为；另一方面，增加了人们对医院的理解和对医院工作的支持，得到人们对医院的信赖。

（3）促进医院发展

在市场经济条件下，塑造良好的医院形象是医院主动适应新世纪社会发展的需要，在激烈的医疗市场竞争中求生存、求发展的手段。在当今国际企业界，有人已将“形象力”同人力、物力、财力相提并论，称之为企业经营的第四种资源。可以说，良好的医院形象是医院长盛不衰的保证和条件，是医院极其宝贵的无形资产。

11.4.3 CIS战略导入原则

企业形象设计是一个系统工程。医院形象是由多要素组合的系统，这些要素包括医院的各个部分，它们之间相互联系、相互作用，形成一个完整的形象体系。CIS 又称企业识别系统，是医院形象设计的重要方式。

引入 CIS 的目的是将医院文化外化为医院形象。CIS 导入是一个涉及范围广、综合性强、投入量大、时间持久的系统工程。要实现其既定目标，需要遵守以下几项原则：

（1）个性化原则

定位科学、个性鲜明是医院形象的本质要求，精心选择和确立适合自己的个性特征和风格，是医院形象塑造的根本保证。在整个 MI、BI、VI 系统中都要突出医院特质与个性，用鲜明生动、简单明快、寓意深刻、易于识记的各种标识设计，在社会公众中成功地塑造富有个性魅力的医院形象。

（2）战略性原则

医院识别系统如何实施，属于战略管理范畴。医院领导必须站在战略的高度亲自抓，通过全面、系统的调研、定位、策划、设计和实施，发掘和传播医院的资源优势，并将所有的资源优势转化为形象优势和竞争优势。

（3）创新性原则

创新是医院发展的动力，要发展必须创新，无创新就无发展。富有活力和成效的医院识别系统战略与创新性的策划和设计密不可分。没有意境新、构思新、形式新、行为新的医院识别系统战略策划、设计、实施，就很难在社会公众中形成印象深刻、耳目一新的医院形象。

（4）系统性原则

医院识别系统战略是一个复杂的系统过程，在设计与实施中，注重 MI、B1、VI 功能的统一性，使三者相辅相成、有机结合、共同作用，以系统功能的作用塑造完整的、富有个性的医院形象。如果 CIS 战略系统的三大要素缺乏统一性，甚至相互矛盾，就会使社会公众对医院整体形象理解困难，甚至产生偏差。

（5）合理性原则

医院文化建设要健康有序地进行，医院管理者应当充分认识到，医院的内部条件（包括医疗设备、技术、人员、环境设施等）是医院文化赖以生长的土壤，医院的外部环境（包括国家的政治经济环境、社会文化环境、医疗市场环境等）则是医院文化生存的气候条件。只有播种上适应它们的文化种子，文化才能生根发芽，长成参天大树。因此，CIS 战略策划与实施，不是策划人或决策者的主观想象和个人行为，整个过程必须符合客观环境要求和医院经营发展战略的需要，并要求有人、财、物等方面的保障。

11.4.4　CIS战略的导入程序

为提高 CIS 战略导入的效率和质量，必须建立和遵循一套科学的程序和步骤。具体地说，CIS 战略的导入可分为以下几个阶段：

（1）提案立项

提案立项是 CIS 战略导入的最初阶段，这一阶段的主要任务是制订 CIS 战略导入计划，其主要内容有统一目标，明确作业项目、主要内容、时间安排、责任，编制“CIS 战略作业日程表”，编制资金预算报告，确定从调研、筹划、设计到实施所需资金总额，投资的具体项目、使用范围和管理方法，草拟 CIS 战略导入的报告书或整体筹划方案，经院务委员会或党委会讨论研究，员工代表大会通过。

（2）调查研究

CIS 战略调研是一项基础性工作，必须有计划地统筹安排，扎扎实实地进行。周密、准确、有计划的调查研究，全面、系统的分析判断，是成功导入 CIS 战略的重要保证，是确定 CIS 战略总体方案、创造性地塑造企业形象的必要条件。制定切实可行的调研方案是调研阶段的基础性工作。调查对象主要是患者和本院员工。调查方法可采用发放满意度调查表或意见征求问卷的形式。调查应详细、周密，调查内容主要围绕着医院的知名度、美誉度、认可度，具体包括医院的服务设施、医疗质量、合理收费、院容院貌、名声信誉、医疗质量、技术设备、医院员工的服务态度、仪表举止、医德医风以及公众对各方面的期望，等等。根据以上调查，确定医院的实际形象。

（3）开发设计

在充分调研并对调研报告深入分析的基础上，策划人员开始对医院识别系统进行策划和设计，主要任务是编制 CIS 战略导入与实施方案，即编制富有创意、完整详尽的 CIS 手册（或

CIS 战略导入与实施的规划）。该手册囊括 CIS 战略的总体构思和各个具体环节的设计。

在进行医院形象设计与开发时，重点要解决好医院形象的定位问题。医院形象定位就是对目前医疗市场的实际情况、患者的需求情况和本院的具体条件进行详细周密的分析，制定出期望达到的、目标明确、切实可行、可操作性和灵活性强的战略方案。医院形象定位准确与否，直接影响医院的知名度、美誉度和对公众吸引力的大小。

医院形象定位取决于两个因素：一个是对调查结果进行分析，找出医院实际形象与公众心目中的形象和医院期望形象的差距；另一个是医院形象的设计要遵循“有效形象”的原则，要以患者为中心，满足患者的要求，维护患者的利益，以解决患者关注的热点问题为出发点，真正做到公众利益与医院利益的统一。

（4）实施管理

高效率的实施与管理，是策划方案实现应有价值的根本保障，实施管理阶段是 CIS 战略管理的实质性阶段。该阶段的主要任务是，在全员参与的基础上，通过对物、事、人的运作管理，全面推进 CIS 战略计划的实施，实现预期目的，并对 CIS 战略实施效果进行评估，进一步改进或修正原有方案。主要方法有：规范践履法——发动群众定规范、学规范、执行规范；形象评价法——通过自评、互评和患者、群众评论的方法促使医院形象的形成。楷模示范法——通过模范的示范，有利于美好形象的效仿和达成；环境熏陶法——把一些形象较差的人放到先进集体中去熏陶，帮助其思想、行为的改善；群众自我教育法——开展各种学习、讨论，进行互相提高。

（5）评价修正

要对实施效果进行测定与评估，了解方案的实施是否达到预期目的，综合评价实施效果及存在的问题，总结经验，修正错误，改进工作，调整方案。

本章参考文献

1. 陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003
2. 曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003
3. 董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000
4. 侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007
5. 丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999
6. 方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
7. 申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
8. 张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007
9. 刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007
10. 哈罗德·孔茨.管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998

第 12 章　医院战略管理

12.1　医院战略管理概述

医院战略管理是医院根据其外部环境及内部资源和能力的状况，为不断获得新的竞争优势，对医院发展目标、达到目标的途径和手段的总体谋划。它是以预测和分析未来的竞争环境为基石，以寻求长期竞争优势为目标的一种管理思想与方法。通过医院战略管理，可以创新医院体制、革新组织结构、合理资源配置、完善管理制度、提高经营效率及营造医院文化，以适应我国医疗卫生体制改革的深化，进而提升医院核心竞争力。

12.1.1　战略的概念

战略一词来源于希腊语 Strategies，其含义是“将军指挥军队的艺术”，20 世纪 60 年代，战略思想开始运用于商业领域。而战略一词与企业经营联系在一起并得到广泛应用的时间并不长，最初出现在巴纳德（C．I．Bernad）的名著《经理的职能》中，但该词并未得到广泛的运用。安索夫（H．I．Ansoff）最初在 1976 年出版的《从战略规划到战略管理》一书中提出了“企业战略管理”，此后战略的概念才得到广泛运用，开始在社会、经济、教育和科技等领域应用开来。

1．企业战略的含义

目前，对什么是企业战略有各种不同的见解，综合国内外的各种解释，可归纳为以下三个学派的观点。

（1）目标战略学派

目标战略学派的主要代表人物有安德鲁斯（K. R. Andreus）、钱德勒（A．D．Chandler）和魁因（J．B．Quinn）等。目标战略学派认为，企业战略所要解决的问题是企业的长期目的和目标。

（2）资源配置学派

资源配置学派的主要代表人物有安索夫（H．I．Ansoff）、申德尔（D．E．Shendle）和霍夫（C．W．Hofer）等。资源配置学派认为，企业战略的核心是资源配置。通过合理的资源配置，使企业的资源配置与环境要求相适应，并指导和解决企业发展中的一切重要问题。

（3）竞争战略学派

竞争战略学派的主要代表人物是迈克尔·波特（Michael Potter）。波特认为，企业战略的关键是确立企业的竞争优势。他在《竞争优势》一书中，用一章的篇幅讨论“市场信号”的问题，而发出市场信号实际上是一种竞争战略，竞争战略就是“公司为之奋斗的一些终点与公司为达到目标而寻求途径的结合物”。

综合上述理论，企业战略可以理解为：在内外环境变化和激烈竞争的市场经济条件下，对企业发展的宗旨和使命，企业的经营领域和发展目标，以及实现发展目标的保障措施等做出的具有全局性、根本性和长远性的总体谋划。

2．医院战略的含义

战略是关于医院作为整体该如何运行的根本指导思想，是一种谋略，不是一般的计划，是对医院整体性、长期性、基本性问题的计划。战略是贯穿于医院在一定历史时期内决策或活动中的指导思想，以及在这种思想指导下做出的关系到医院全局发展的重大谋划。也可以说，医院的战略，就是医院的长远规划，其主要内容包括经营目标、经营范围、经营措施与办法等。其目的是维持医院的竞争优势，在竞争过程中发展医院。

如果给医院战略下一个定义，可以认为，医院战略就是在对医院内外部环境分析研究的基础上，为谋求医院的生存和发展，以正确的指导思想，对医院主要目标、经营方向、重大经营方针、策略和实施步骤做出的长远性、全局性的谋划或方案，是医院管理发展的高级阶段。

12.1.2 医院战略管理的含义

战略管理自 1980 年传入我国以来，受到我国企事业组织管理者越来越多的重视。医疗卫生体制改革把我国的医院进一步推向市场，感受到市场竞争压力的各级医院逐步认识到战略管理的重要性。

医院战略管理既不同于经营管理，又不同于作业管理。医院战略管理是对医院战略的规划、实施、控制和修正，直至达到预期总目标的全过程。它涉及的是医院发展中的重大问题，具有全局和长期意义的问题，决定权必须掌握在院长、书记手中。医院经营管理是在既定的医院规模、组织结构和有关业务的战略计划框架内，确保医疗资源的取得以及有效利用医疗资源的全过程。战略管理主要涉及医院的方向性问题，如服务领域的选择、医院规模的扩大、开展多元化服务等，是有关医院未来发展的全局性谋划和决策；经营管理则相对简单，即医院在方向既定的情况下组织好产品和服务，有一套比较稳定的规章制度和程序。战略管理追求医院的长期生存、发展和战略竞争力的提高，重视医院的长远利益和发展潜力；经营管理则主要追求目前的经营成果和利益。战略管理以复杂多变的经营环境为前提，注重监测医院外部环境的变化，制定有效的战略计划，利用有限的资源，保证医院在动荡的环境中生存和发展；经营管理则以稳定的经营环境为前提，重点放在日常的经营活动上。通过经营管理，

尽力使战略目标转变为医院各个方面和全体成员间相互协调的具体行动路线和任务。经营管理决定权在副院长手里，由相应的职能部门组织实施。医院作业管理是在经营管理过程框架内，确保各科室、各部门高效运作的管理过程。作业管理由科室主任、护士长及部门负责人具体组织执行。作业管理、经营管理、战略管理从时间跨度方面看也是有区别的，如图 12-1 所示。

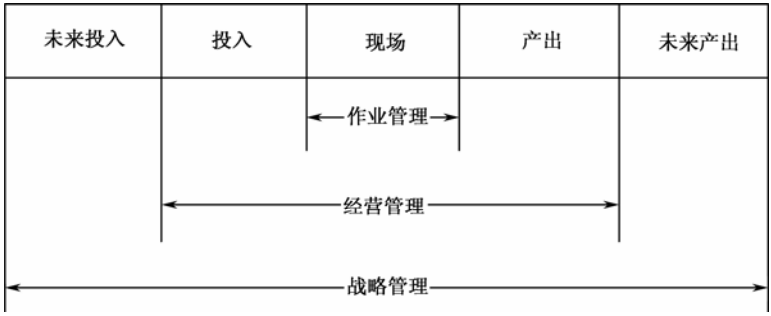


图12-1　作业管理、经营管理、战略管理在时间跨度上的区别

综上所述，医院战略管理是医院为了长期的生存和发展，在充分分析医院外部环境和内部条件的基础上，确定和选择医院战略目标，并针对目标的落实和实现进行谋划，进而依靠医院内部能力将这种谋划和决策付诸实施，以及在实施过程中进行控制的一个动态过程。医院战略管理不仅涉及医院战略的制定和规划，而且包含对制定出的战略付诸实施的管理，因此是全过程的管理。

12.1.3　医院战略的层次

医院战略管理是对医院长期性、全局性发展的目标、途径、手段的谋划或方案制定。医院战略管理的主要任务包括：提出医院的愿景和使命，凝聚人心，指明发展方向，确立医院基本发展态势和市场竞争的策略，制定医院职能战略，把长远、全局性的战略和目标落实到医院具体部门的日常工作中，在服务对象确立、诊疗技术选择、质量水平提升、服务特色塑造、人才队伍建设、信息技术支撑、财务资源支持等环节上建立具体行动方案、财务预算和工作程序。

对应于医院战略管理的主要任务，医院战略可以分为三个层次，即医院战略、业务科室战略和职能战略。

（1）医院战略

这是医院总体的、最高层次的战略。医院战略是一个医院的整体战略总纲，是医院最高管理层指导和控制医院的一切行为的最高行动纲领，是为实现医院总体目标而对医院未来发展的总方向所做的长期的、总体性的谋划。医院战略侧重在两个方面，一是从医院全局出发，

根据外部环境的变化及医院的内部条件，选择所从事的经营范围和领域；二是在各业务科室之间进行资源分配，以实现医院的战略意图，这也是医院实施战略的关键措施。医院战略的主要内容包括医院存在的基本逻辑关系或者基本原因，是医院战略决策的一系列最基本的因素。

（2）业务科室战略

业务科室战略是战略结构的第二层次，也称为竞争战略。各业务科室在各自的业务范围内，在什么样的基础上，采取怎样的措施进行竞争，以取得超过竞争对手的竞争优势。业务科室战略是在医院战略指导下，各个业务科室制定的部门战略，是总体战略下的子战略。竞争战略主要强调经营范围和资源配置两个因素，主要研究的是产品和服务在市场上的竞争问题。其目的从医院外部来看主要是建立一定的竞争优势，即在某一特定的服务领域取得能力，从医院内部来看主要是获得一定的协同效应，即统筹安排和协调医院内部的各种诊疗、财务、技术开发等业务活动。

（3）职能战略

职能战略是为贯彻、实施和支持总体战略与经营单位战略而在医院特定的职能管理领域制定的战略。在职能部门中，如医务、护理、财务、人事等，由职能管理人员根据医院战略和业务科室制定短期目标和规划，其目的是实现医院和业务科室的战略计划。如果说医院和业务科室战略强调“做正确的事”，职能战略则强调“将事情做好”。相对于以上两层战略而言，职能战略的内容要详细、具体得多，其作用在于使前两层战略的内容得以通过各职能的活动而具体落实，并实现与某特定业务有关的职能之间的协调。比较重要的职能战略有人力资源战略、财务战略、技术开发战略、公关战略等。

以上三种战略构成了医院的战略层次，它们之间相互作用，紧密联系，每一层次的战略构成下一层次的战略环境，同时，底一层次的战略为上一层次的战略目标的实现提供保障和支持。

12.1.4 医院战略的特点

医院战略管理具有如下特点：

（1）全局性

医院的战略管理是以医院的全局为对象，根据医院总体发展的需要而制定的。它所管理的是医院的总体活动，所追求的是医院的总体效果。虽然这种管理也包括医院的局部活动，但是这些局部活动是作为总体活动的有机组成在战略管理中出现的。具体地说，战略管理不是强调医院某一科室或某一职能部门的重要性，而是通过制定医院的使命、目标和战略来协调医院各部门自身的表现，强调它们对实现医院使命、目标、战略的贡献大小。这样也就使战略管理具有综合性和系统性的特点。

（2）长远性

医院战略管理中的战略决策是对医院未来较长时期（5 年以上）内，就医院如何生存和

发展等进行统筹规划。虽然这种决策以医院外部环境和内部条件的当前情况为出发点，并且对医院当前的生产经营活动有指导、限制作用，但是这一切是为了更长远的发展，是长期发展的起步。从这一点上来说，战略管理也是面向未来的管理，战略决策要以经理人员所期望或预测将要发生的情况为基础。在迅速变化和竞争性的环境中，医院要取得成功必须对未来的变化采取预应性的态势，这就需要医院做出长期性的战略计划。

（3）方向性

方向性是从所起作用角度进行分析。医院战略规定了医院将来一段时间内的发展方向，医院的任何短期的行为都是在战略指导下完成的，并最终为战略实施服务。此时，医院战略就像轮船的“舵”，它决定着医院这艘大船的行驶方向。战略关心的是“船只航行的方向”，而不是“眼下遇到的波涛”。

（4）相对稳定性

为了实现医院的可持续发展，战略应具有相对稳定性。虽然战略需要根据环境的变化做适当调整，但这种调整不应过于频繁，尤其是不能朝令夕改。因为战略体现的是组织的长远利益，而这种目标的实现本身需要较长的时期，甚至要以牺牲短期利益为代价。因此。若医院的战略不能保持相对稳定性，不仅难以实现长期目标，还可能使为此付出的努力付之东流，带来组织成员的失望以及组织凝聚力和效率的下降，造成无法弥补的损失。

（5）适应性

适应性是从运动的角度进行分析的。医院战略制定后保持一定的稳定性是必要的，但并不是说它一成不变。这是因为环境是变化的，医院资源和能力是变化的。一个好的战略总是力求实现稳定性和适应性的统一。前者意味着战略在较长时期内保持相对稳定性，能够稳定组织成员的情绪，增强他们的信心；后者意味着所确定的战略目标既要简单明确，又不过分僵化和具体。保持适当的张力。换句话说，医院在制定战略时，应考虑建立资源缓冲地带，保证资源分配的灵活性，使战略与环境变化及资源之间保持必要的协调性，这是战略目标最终能够实现的必要条件。所以说，医院战略应该根据环境、资源等因素的变化做出适当的调整，即“战略适应”。

（6）战略管理的主体——医院的高层管理人员

由于战略决策涉及一个医院活动的各个方面，虽然它也需要医院上、下层管理者和全体员工的参与和支持，但医院的最高层管理人员（一般是院长）介入战略决策是非常重要的。这不仅是由于他们能够统观医院全局，了解医院的全面情况，而且更重要的是他们具有对战略实施所需资源进行分配的权力。

从上述战略的概念和特征可知，这种能使医院适应和改造未来环境、决定医院前进方向的决策是医院的最高决策，也是医院最高领导者的基本任务。

12.1.5 医院战略管理系统

战略管理系统是医院按照战略管理过程的要求而设立的战略管理组织、机构、制度的总称。主要有 3 种模式。

（1）自上而下模式

先由医院的高层管理人员从医院整体的角度出发，根据医院自身情况制定出战略方面的计划和决策，然后各科室根据自己的实际情况以及医院的要求来制定本科室的战略。

（2）自下而上模式

医院的高层管理人员对各科室设有具体的指导，要求各科室明确自己的角色和职责，总结归纳并提交自己的战略计划，如主要的机会和威胁、主要目标、实现目标的战略、业务量和业务收入、结余、资金需求、资产需求、人才需求等。各科室提交计划后，医院高层管理人员应定期对此进行审核，加以检查与平衡，然后给予确认。

（3）上下结合模式

由医院的高层管理人员对各科室提出指导性原则，但这些原则是粗线条的，允许各科室在认真贯彻的同时以及在制定自己的战略计划时有适当的自由度和灵活性。

12.2 医院战略管理的目标和意义

12.2.1 医院战略管理的目标

医院战略管理的目标代表着一个医院进行管理活动的努力方向和想达成的愿望。目标是医院凝聚力的核心，能够在理想和信念的层次上激励全体员工。没有目标就没有动力，就没有压力，就不可能搞好医院。医院的成败，与医院的目标有着直接的联系。

1．战略目标的作用

战略管理目标是医院战略的核心，是医院使命的具体化，它反映了医院的经营思想，明确了医院的努力方向，体现了医院的具体期望，指明了医院的行动纲领。具体地讲，战略管理目标的作用在于为医院发展指明方向；为效绩评价提供标准；帮助管理者有效地从事计划、组织、激励和控制工作；减少不确定性；减少内部的冲突，增加协同作用；为分配资源提供依据。

2．战略管理目标的内容

战略管理目标是医院决定在一定的时期内所要达到的某种高度和结果，是医院使命的具体化，是医院追求的较大的目标。战略管理目标的核心包括市场目标、创新目标、盈利目标和社会目标。

通常，医院的战略管理目标不是单一的，而应是多元的目标体系。既包括经济性目标，也包括非经济性目标，如利润目标、医疗技术及服务目标、市场目标、竞争目标、发展目标、员工福利目标、社会责任目标等。

从目标实现的时间来看，战略目标分为长期战略目标与短期战术目标两大类。长期战略目标实现期限通常超出一个现行的会计年度，通常为 5 年以上；短期战术目标是为实现长期战略目标而设计的，它的时限通常在一个会计年度内。

医院的长期目标不能含糊和抽象，必须支持组织的使命，而不能发生冲突。应清晰、简洁而详尽，尽可能定量化地阐述医院的长期目标，使医院员工都能清楚地知道领导者的意图。

3．战略目标的制定

医院战略管理目标的确定和实现与医院所处的环境因素以及医院的使命密切相关。同时还要用正确的方法和思路来整合有关信息。

（1）战略目标的制定原则

战略目标的制定应遵循以下原则：

① 关键性原则。必须突出涉及医院发展的关键问题、关系医院全局的问题。

② 平衡性原则。必须注重不同利益之间的平衡；近期需要和远期需要之间的平衡。

③ 总体战略与职能战略之间的平衡。

④ 权变原则。根据宏观经济情况不同，应制定多种目标方案。

（2）战略目标的制定步骤

战略目标制定包括以下步骤：

① 院长宣布医院使命，由上而下开始战略目标制定过程。

② 确定达到医院使命的长期战略目标。

③ 将长期战略目标层层分解，建立起医院各层级组织所有员工的长期和可执行的具体短期目标。

（3）制定战略目标时应注意的问题

首先需要注意的问题是，目标要正确。目标错误是医院所存在的现实问题。这种说法可能很多人不相信。那么请问，现代医院的发展的根本目标应该是什么？是盈利还是贡献社会？多数人会错误地认为、医院当然要以营利为目的。虽然在市场经济条件下，医院改革成功的标志是利润，许多医院的根本目标是利润，而笔者确信医院经营的根本目标不是盈利，而是贡献社会。选择利润还是贡献将是导致医院成败的关键所在。

如果医院以贡献社会为根本目标，医院就会一直随着患者需求的变化而变化，就会时时感觉责任未了，而不断进入一个层次更高的发展周期。以贡献社会为根本目标，才能真正地从思想上，从行动上不会去横征暴敛、乱收费等，而会去关心患者的疾苦，用最少的钱解决病人的问题，努力提高业务水平等。只有做到以贡献社会为根本目标才能达到盈利，才能赢得病人的信任，才能得以更好地生存下去，并且这个目标永无止境。若医院以利润为目标，

以赚钱为目的，则会对医院的经营思考模式产生偏差与瑕疵，赚钱是否取之有道，就不会太在意，于是便开始乱收费等，否则不能赢得利润。这不但会使医院陷入急功近利、失去患者信任的困境，并且一旦达到了利润目标，就会容易失去前进的动力。

可以说，医院发展的根本目标应该是贡献社会。具体讲就是把医院建成患者满意和员工满意的医院，这样才能保障医院的可持续发展，而绝不应以营利为目的，否则就会为各种不良行为开绿灯，使医院丧失信誉，失去患者，失去未来。然而，多数医院经营的根本目的还是利润，或没有目的，这一根本原因就注定医院的失败。但为什么这些医院还在生存，主要是因为国家的体制还能让这些医院维持下去，但随着发展，这些医院不明确经营目的，注定会失败。

其次，不要混淆院长的个人目标和医院的目标。领导者的目标是一个人的理想、抱负和兴趣，并不能完全等同于医院目标。

再次，医院的目标要保持相对稳定。目标不能随意改变，以免使员工无所适从。

最后，医院战略管理的目标要具有可执行性、可操作性，不能成为一种没有意义的口号式的目标。

总之，战略目标的确定，应以医院的实际以及满足患者不断变化的需求为出发点，始终贯彻以患者为中心的理念，才能制定出科学的切实可行的医院战略目标。

12.2.2 医院战略管理的意义

国外管理学者通过对实施战略管理的企业和未实施战略管理的企业进行了长期的观察和分析，发现实施战略管理的企业在利润收入、每股收益和企业竞争地位方面都有明显的改善。那些自觉或不自觉地实施了战略管理的医院，其发展大多比较理想。实施战略管理对我国医院的改革和发展具有重要的现实意义。

（1）提升医院核心竞争力

战略管理具有全局性和长远性，它以高层管理者为主体，并涉及大量资源的调配与使用。有利于医院调动整体的资源条件来关注核心的业务流程，并对其整体能力加以培育。同时，战略管理是一个动态的过程，这种动态过程有利于医院综合实力的提高，能帮助医院为适应市场和其他环境条件的变化及时选择新的起点。此外，战略管理将长远目标和近期行动结合起来，能够将医院的战略目标与日常管理工作协调起来，从而使医院资源集中在医院关键能力的培育上。

（2）加速医院发展

制定医院发展战略规划，是一个调查研究及学习的过程。通过制定战略规划，可使医院领导者对医院当前及长远发展的环境、发展方向和经营能力有一个全面正确的认识，全面了解医院自身的优势与劣势，发展的机会和威胁，做到“知己知彼”，并采取相应策略，不失时机地把握机会，扬长避短，使医院顺利、快速地发展。

（3）保持医院可持续发展

在现行政策下，医院满足于现状的懒惰思维和负债经营的激进思维并存，使我国医院经营风险日益凸现，战略管理能指导管理者在环境的机遇与自身条件的可能上做出正确评判，树立符合社会需要和医院自身条件的发展目标，保持医院的稳定经营。

（4）提高经营目的性

管理学中有一个共识：工作成绩＝目标×效率。管理学者认为，“做正确的事情”要比“把事情做好”重要。因为“把事情做好”是个效率问题，而设立正确的目标，“做正确的事情”才是关键。战略管理中的战略规划，就像战争中的战略部署，在开战之前就已经决定了成败。有了战略规划，医院就有了发展的总纲，有了奋斗目标，就可以优化资源配置，创造相对的优势，解决关键问题，保证医院战略目标的实现。

（5）促进医疗机构的资源重组

在医疗体制改革不断深入的今天，医院的重组无法避免，从战略的高度审视医院间的优势、劣势，选择合适的重组方案，合理配置医疗资源，形成结构合理、优势互补、功能齐全、效率优先的医疗机构。

（6）提高人员素质

实施战略管理，有助于医院领导者从琐碎的日常管理事务中摆脱出来，集中精力于医院环境分析，发现、解决那些有关医院前途命运的重大战略问题；有助于领导者总结自己的经营管理经验，使之上升到战略高度，并进一步指导实践；有助于领导者高瞻远瞩，树立战略思想和观念，用战略眼光将医院经营活动的视野放到全方位的未来发展和广阔的市场竞争中，获得更大的成功。对广大员工来说，可以通过战略管理培养他们通观全局的思维方式和价值观念，使之更关注医院的长期目标与自身发展的关系，以便卓有成效地进行合作与配合。这对于面向 21 世纪的医院来说，是十分必要的。

（7）增强管理实力

医院实施战略管理，就可以围绕战略目标进行组织结构等方面的调整，理顺内部各种关系；还可以顺应外部环境的变化，审时度势，正确处理医院目标与国家、军队有关政策，医疗市场需求，竞争与联合等一系列关系，降低医院经营风险，增强医院管理实力。

12.3　医院战略管理的过程

将医院战略管理视为一个完整系统的过程，有利于理解战略管理的全面性和指导性，也有利于将战略的制定和实施恰当地联系在一起。一个规范、动态、全面的战略管理过程大体可分解为五个阶段，分别是确定医院宗旨、战略分析、战略选择及评价、战略实施及控制、战略调整和修订。各环节之间是相互联系、循环反复、不断完善的过程。

12.3.1 确定医院宗旨

所谓医院宗旨又称医院使命，是医院存在的理由和目的，是指医院现在和将来应从事什么样的事业活动，以及应成为什么性质的组织类型。它是确定医院目标、计划、医院结构的基础。医院在制定战略之前，必须先确定医院的宗旨。因为医院宗旨的确定过程，常常从总体上引起医院方向、发展道路的改变，使医院发生战略性的变化。此外，确定医院宗旨也是确定医院战略目标的前提，是战略方案制定和选择的依据，也是医院分配资源的基础。

12.3.2 战略分析

战略分析是指对影响医院现在和未来生存和发展的一些关键因素进行分析，对医院的战略环境进行分析、评价，并预测这种环境未来发展的趋势，以及这些趋势可能对医院造成的影响及影响方向。医院战略分析最重要的就是通过资料的收集和整理分析医院的内外部环境。一般来说，战略分析包括外部环境分析和内部环境或条件分析两部分。

为了适时地寻找和发现有利于医院发展的机会，以及存在的威胁，以便在制定和选择战略时能够利用外部条件所提供的机会，避开对医院的威胁因素，医院有必要进行外部环境分析。医院外部环境因素分两类，一类是直接对医院医疗及经营活动产生影响的因素，如政府、上级及有关业务机关以及相关政策，资源供应者、竞争对手及相关医疗机构，医疗服务对象、媒体、社区等；另一类是间接影响医院活动和决策的因素，如政治、经济、科技、法律、社会文化等。

为了发现医院所具备的优势或弱点，以便在制定和实施战略时能扬长避短，发挥优势，有效利用医院自身的各种资源，每个医院都应该进行内部环境分析。内部环境是指医院本身所具备的条件，亦即医院所具备的素质。医院内部环境因素可分为三类，一是医院医疗资源状况，包括人员素质、财务状况、医疗设备、医疗服务用房、信息资源、学科技术状况等；二是医疗、科研、教学、卫勤保障、医院文化、后勤以及人员思想状况；三是管理者素质、各级领导状况、管理水平、医院经营状况等。

进行战略分析时，一般可以分以下两个步骤进行。

（1）识别和鉴定医院现行的战略

在医院运营的过程中，随着外部环境的变化和医院自身的发展，医院的战略点应该进行相应的调整和转换。然而，要制定新的战略，首先必须识别医院的现行战略是否已经不适应于形势。因此，识别和鉴定医院现行的战略是制定新战略的前提。只有确认现行战略已经不适用时，才有必要制定新的战略。同时，也只有在认清现行战略缺陷的基础上，才能制定出较为适宜的新战略方案。

（2）分析医院内外部环境

调查、分析和预测医院的外部环境是医院战略制定的基础。通过环境分析，战略制定人员应该认清医院所面临的主要机会和威胁，觉察现有和潜在竞争对手的图谋和未来的行动方

向，了解未来一段时期社会、政治、经济、军事、文化等的动向，以及医院由此而面临的机遇和挑战。医院可以通过内部分析来测定和评估医院的各项素质，摸清医院自身的状况，明确自身的优势与劣势。外部环境不是医院所能决定的，只能适应。要利用好外部环境带来的机会，医院必须具备一定的能力。进行内部环境分析，就是对医院自身优势与劣势进行分析，以预测医院经营能力对外部环境的适应能力。

通常采用 SWOT 分析法来完成内外部环境分析。详细的 SWOT 分析模型本书会在后续章节继续介绍。

S（Strength），即医院优势，它是指医院进行医疗市场细分之后，根据医院自身情况和对竞争者的分析，确定医院在同类医疗市场的竞争优势。

W（Weak），指医院的劣势，医院要想进入某一个细分医疗市场，不但要分析自己的优势，更应理性地分析自己在同类竞争医院中的劣势。只有全面地分析了自己的实力，才能做到心中有数，才能制定正确的发展战略。

O（Opportunity），指医院在某一医疗市场中的机会，所谓“机会”，是指医院在某一医疗市场中尚未发现的潜在需求或者说是有利于医院经营的客观环境的出现，在这种情况下，医院如果能很好地利用这些机会，会为医院的发展带来无限的机遇。

T（Threat），指威胁，具体来讲，是指在医院现有的医疗市场中，有新的竞争对手的进入，或原有的医疗市场份额被竞争对手所抢占，或是出现对本医院活动非常不利的情况等，都有可能威胁到医院的生存和发展。对于医院来说，现有的经营环境，即新的医院的不断设立，新的治疗技术的不断出现，都有可能构成对医院经营的威胁。

表 12-1 是以某医院为例提出一个关于运用 SWOT 方法的参考。

表 12-1　SWOT 分析表

医院内部环境	
医院优势（S）	医院劣势（W）
成本优势	战略方向不明确
技术能力强	服务手段落后
资金来源充足	竞争能力不强
管理效率高	其他
医院凝聚力高	
规模效益显著	
其他	
医院外部环境	
环境机会（O）	环境威胁（T）
人口老龄化	治疗技术更新换代快
竞争环境改善	外资、民营资本的介入
医疗体制改革	其他
保健意识增强	
其他	

运用 SWOT 分析表，不仅可以分析本医院，为医院制定发展战略，还可以用于分析竞争对手，找到竞争者的薄弱环节，以利于制定准确的竞争战略。

12.3.3 战略选择及评价

战略选择及评价过程实质就是战略决策过程，即对战略进行探索、制定以及选择。战略分析为战略选择和评价提供了坚实的基础。战略策略的判定是在充分分析医院内外环境和理解目标的基础上因时、因地、因人制宜，制定出有利于目标实现，有利于提高医院竞争力的“策略群”（备选方案），并从中确定可实施的方案。对一个医院来说，达成战略目标的战略方案可能有多个，如发展战略、稳定战略、防御战略等，这就需要对每种战略进行鉴别和评价，选择出适合医院自身的适宜方案。

战略选择及评价主要包括三个部分内容，即准备战略方案、评价和比较战略方案、确定战略方案。

① 准备战略方案。根据医院的发展要求和经营的目标，依据医院所面临的机遇和机会，医院列出所有可能达到经营目标的战略方案。

② 评价和比较战略方案。医院根据全体员工的价值观和期望目标，确定战略方案的评价标准，并依照标准对各项备选方案加以评价和比较。

③ 确定战略方案。在评价和比较方案的基础上，医院选择一个最满意的战略方案作为正式的战略方案。有时，为了增强医院战略的适应性，医院往往还选择一个或多个方案作为后备的战略方案。

12.3.4 战略实施

战略方案制订后，必须通过具体化的行动，才能实现战略及战略目标。战略实施是贯彻执行既定战略规划所必需的各项活动的总称，也是战略管理过程的一个重要部分。

战略实施是一项行政工作，是在院长、书记的监督指导下，由医院机关管理人员和科室管理者组织实施的。在战略实施过程中，院长（或战略领导班子）有 3 项重要任务：确认战略实施对行政管理的要求，探明实施过程中可能产生的问题；协调医院战略与医院内部组织行为；推进和监督战略实施过程。

一般来说，可以通过三个方面来推动战略的实施：一是制订职能战略，如医疗战略、营销战略、财务战略、人才战略等；二是构建组织机构，使组织机构能够适应所采取的战略，为战略的实施提供一个有利的环境；三是选择合适的高层管理者来贯彻战略方案。在战略的具体化和实施的过程中，为了使实施中的战略达到预期的目的，实现既定的战略目标，必须对战略的实施进行控制。将经过信息反馈回来的实际成效与预定的战略目标进行比较，如有显著的偏差，应当采取有效的措施进行纠正。当由于原来分析不周，判断有误，或是环境发生了意想不到的变化而引起偏差时，甚至可能会重新审视环境，制定新的战略方案，进行新

一轮的战略管理过程。

医院战略的实施是战略管理过程的行动阶段，因此它比战略的制定更加重要。将医院战略转化为战略的行动过程中，主要有以下四个相互联系的阶段。

（1）战略发动阶段

在战略发动阶段，医院的领导人要研究如何将医院战略的理想变为医院大多数员工的实际行动，调动起大多数员工实现新战略的积极性和主动性，这就要求对医院管理人员和员工进行培训，向他们灌输新的思想、新的观念，提出新的口号和新的概念，消除一些不利于战略实施的旧观念和旧思想，以使大多数人逐步接受一种新的战略。对于一个新的战略，在开始实施时相当多的人会产生各种疑虑，而一个新战略往往要将人们引入一个全新的境界，如果员工对新战略没有充分的认识和理解，它就不会得到大多数员工的充分拥护和支持。因此，战略的实施是一个发动广大员工的过程，要向广大员工讲清楚医院内外环境的变化给医院带来的机遇和挑战、旧战略存在的各种弊病、新战略的优点以及存在的风险等。使大多数员工能够认清形势，认识到实施战略的必要性和迫切性，树立信心，打消疑虑，为实现新战略的美好前途而努力奋斗。在发动员工的过程中，最重要的是努力争取战略的关键执行人员的理解和支持。医院的领导人要考虑机构和人员的认识调整问题，以扫清战略实施的障碍。

（2）战略计划阶段

在战略计划阶段，可将战略分解为几个具体的战略实施阶段，每个战略实施阶段都有分阶段的目标，相应地有每个阶段的政策措施、部门策略以及相应的方针等。要定出分阶段目标的时间表，要对各分阶段目标进行统筹规划、全面安排，并注意各个阶段之间的衔接，对于远期阶段的目标方针可以概括一些，但是对于近期阶段的目标方针则应该尽量详细一些。尤其是战略实施的第一阶段更应该是新战略与旧战略的衔接阶段，以减少阻力和摩擦，第一阶段的分目标及计划应该更加具体化和可操作化。

（3）战略运作阶段

医院战略的实施运作主要与六个因素有关，即各级领导人员的素质和价值观念、医院的组织机构、医院文化、资源结构与分配、信息沟通和控制及激励制度。通过这六项因素使战略真正进入医院的日常业务活动中，成为制度化的工作内容。

（4）战略的控制与评估阶段

战略是在变化的环境中实践的，医院只有加强对战略执行过程的控制与评价，才能适应环境的变化，完成战略任务。这一阶段主要是建立控制系统，监控绩效和评估偏差，控制及纠正偏差三个方面。

12.3.5　战略修订

战略修订是在医院战略实施过程中产生的实际结果与预定目标有明显差距时采取的对战略规划的修改。如果战略实施中成效与预期战略目标无差别，则不需进行修订。

1．修订种类

（1）局部性修订

战略环境某一影响因素发生局部变化，只需对战略规划进行局部性修改，而不涉及战略方向的变化。

（2）职能战略修订

职能战略修订属于战略修订，例如，医院人员发生了较大变化，为保证实现总体战略目标而需要修订。

（3）总体战略修订

总体战略修订涉及全局的长期基本方向的修改，要慎重处之。如需要变动大方向，要充分论证后再修订。

2．修订程序

（1）局部修订

可由执行单位修订，报战略领导班子备案。

（2）职能性战略修订

可由职能部门提出修订方案，经院长批准后执行。

（3）总体战略修订

由战略决策的制定者提出修订方案，由医院领导班子讨论后执行。

可以把战略管理过程描述为进行医院重大决策的一种客观、逻辑和系统的方法。战略管理旨在对定性的和定量的信息进行组织，以便在不确定的条件下做出有效决策。然而，战略管理不是一种采用精密、明确、一加一等于二式的纯粹科学。基于以往的经验、判断和感觉，直觉对于制定良好的战略决策至关重要。在具有很大不确定性或所做的事情没有先例的情况下，准确的直觉对于决策尤为重要。因此，医院中各层次的管理者应当将他们的直觉和判断融入到战略管理分析中去，使分析式思维与直觉式思维互为补充，以适应不断变化的医疗市场。

12.4 医院战略选择模型——SWOT分析法

SWOT 分析法是战略管理中最常用的一种组织内外部环境条件战略因素综合分析方法。战略管理可以分为制定与实施两大部分。在战略制定过程中，要采用 SWOT 分析法，即全面分析组织内部的优势与劣势、外部的机会与威胁的相互制约因素。

12.4.1 SWOT分析法简介

一个医院的战略计划离不开它的外部环境及内部条件，战略计划既要反映外部环境要

求，又要适合医院的内部条件。同时，根据外部环境的要求，结合医院的内部条件所制定的战略规划不会脱离实际，是非常实用和有指导意义的。SWOT 分析法就是这样一种可以对外部环境的威胁（Threats）、机会（Opportunities）进行分析辨别；同时，估量组织内部的优势（Strengths）与弱点（Weaknesses），制定有效战略计划的方法。它将医院外部环境的威胁（T）与机会（O），内部条件的优势（S）和弱点（W）同列在一张十字图形表（见图 12-2）中加以对照，称为 SWOT 矩阵（优势—机会—弱点—威胁矩阵），从内外环境条件的相互联系中做出深入的分析评价。

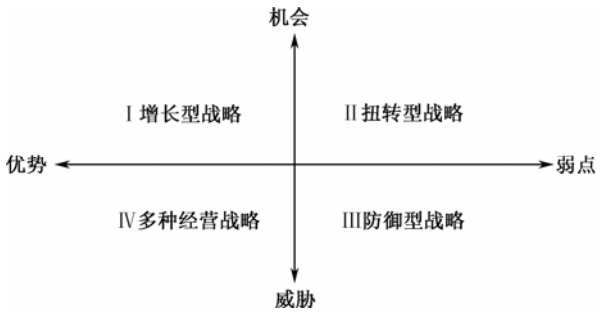


图12-2　SWOT矩阵模型

根据战略分析与选择的要求，制作医院 SWOT 矩阵的过程包括 8 个步骤，见图 12-3。

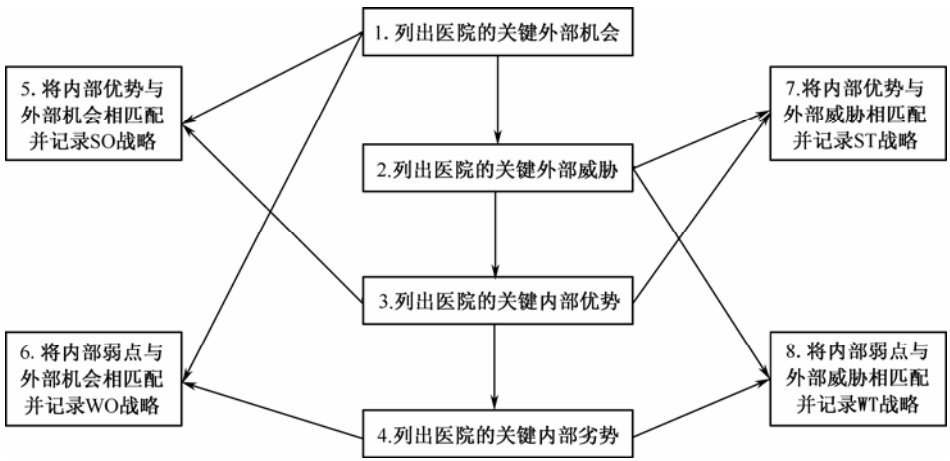


图12-3　制订医院SWOT矩阵步骤

SWOT 分析法所提供的战略可通过表 12-2 来解读。

表 12-2 SWOT 矩阵

内部因素 / 外部因素	优势（S）：逐条列出优势，例如管理、人才、设备、科研和信息发展等方面优势	劣势（W）：逐条列出劣势，例如对应于“优势”格中所列范围的劣势
机会（O）：逐条列出机会，例如目前和将来政策、经济、新技术、疾病谱及医疗市场等	SO 战略 发挥优势 利用机会	WO 战略 利用机会 克服劣势
威胁（T）：逐条列出威胁，例如对应于“机会”格中所列范围的劣势	ST 战略 利用优势 回避威胁	WT 战略 清理或合并组织，走专、精、特之路

（1）优势—机会战略

优势—机会（SO）战略是一种发挥医院内部优势而利用医院外部机会的战略。所有的管理者都希望自己的医院处于这样的状况：医院可以利用自己的内部优势去抓住和利用外部趋势、环境与事件所提供的机会，进而在竞争中赢得优势地位。当医院本身具有某些优势时，它会集中精力利用外部的机会来进行发展。例如，桂林 181 医院在肿瘤治疗上具有一定的技术优势。通过对医疗市场的调查了解到，桂林地区及湖南南部没有系统的肿瘤放疗设备，肿瘤病人要到外地治疗。于是，该院抓住这一外部机会，利用内部的资金、技术优势，投资两百多万元，购置了医用电子直线加速器、后装机、深部 X 线机等全套放疗设备，对肿瘤开展放疗、化疗、生物治疗、热疗、中西医结合治疗和壮医疗法。目前，该院肿瘤科每月收治 30～40 名肿瘤病人，床位全部占满，获得了良好的社会、技术和经济效益。

（2）弱点—机会战略

弱点—机会（WO）战略的目标是通过利用外部机会来弥补内部弱点。当存在一些外部机会，但医院有一些内部的弱点妨碍着它利用这些外部机会时，弱点—机会战略就成为首选的战略。在某些领域内存在某些弱点的医院，或者在医院内发展那些领域，或者从外界获得那些所需能力（如技术、人才或设备），就可能利用外界环境存在的良机。例如，451 医院地处经济相对落后的西安市，在人才、设备、资金及医院知名度上与周围的大医院相差甚远。该院并没有因为自身存在的这些劣势知难而退，而是着眼于西安是全国胆结石高发区这一特点，经过充分论证，确定了电视腹腔镜胆囊切除术为突破口的专科整体技术发展计划，瞄准国内外专科技术的最新动态和先进水平，于 1992 年 2 月大胆投资 28 万元购置全套德国 Wolf 牌电视腹腔镜胆囊切除手术设备，组成专项技术班子，在陕、甘、宁、青、晋、豫六省区首家引进，并快、稳、严、细地开展了电视腹腔镜胆囊切除术。至今，已成功为 16 000 多例胆

结石患者解除了病痛，形成了自己的特色。1996 年 3 月 4 日，国家卫生部授权在该院建立内镜外科交流培训中心西安分中心。

（3）优势—威胁战略

优势—威胁（ST）战略是利用本医院的优势回避或减轻外部威胁的影响。这样，一家医院可能用技术、信息和管理的优势去克服外部环境带来的威胁。实际上，一个医院在其发展过程中并不是一直都会遇到威胁。关键是要在遇见威胁时要充分分析，能否利用本医院的优势回避或减轻外部威胁的影响，进而实现医院的发展。河南驻马店第 159 医院的成功经验就是一个很好的例子。该医院医术精湛，设备先进，在当地有着明显的技术竞争优势。但地处河南贫困老区，老百姓生了病无力到医院就治，医院经济效益也无法提高。该院根据这种情况，采用了优势—威胁战略。凭借医院内部的技术优势，采取降低收费价格、改善医疗和服务质量等办法，提高医院的信誉。并将磁共振、CT、彩超、胃肠镜等大型设备的收费下调，低于规定价格，缩短病人住院日，从而引来大量病人，连续 5 年创历史收治数和经济效益最高水平。

（4）弱点—威胁战略

弱点—威胁（WT）战略是一种旨在减少内部弱点的同时，回避外部环境威胁的防御性战略。一个面对大量外部威胁和具有众多内部弱点的医院肯定是处于不安全和不确定的境地。事实上，这样的医院正面临着倒闭、破产或被兼并的命运，因而不得不为自己的生存而努力。如果想摆脱这种命运，要么与实力强大的医院进行联合，要么走专、精、特之路。例如，北京某小医院周围大医院林立，本身又无特色项目。经过研究，医院专门收治大医院不愿治疗的偏瘫病人，并在这方面培养人才，引进设备，既能减轻病人家庭的负担，为病人缓解病痛，又提高医院的声誉，使医院得以在夹缝中生存。

SWOT 中的各个因素都不是一成不变的，尤其外部和内部环境和条件都是经常变动的。医院的某一方面可能在开始是优势，但随着时间的推移和其他医院该方面的发展，优势变成了弱点。因此，战略计划的制定者就必须在不同的时间根据当时的情况做出 SWOT 分析。所以，SWOT 分析应从历史分析开始，然后分析现在，最终要前瞻性地对未来不同时期进行分析。

12.4.2　医院的战略选择

曾经流传这样一句顺口溜：看笑脸上三院；图省钱去二院；要治病去一院。这里的意思很明确，即三院服务态度好，二院医疗费用低，一院技术水平高。医院经营必须要与病人的偏好联系起来，一定不能脱离这些因素来制定策略。

1．成本领先战略

这是哈佛大学教授迈克尔·波特于 20 世纪 80 年代提出的，被美国的大型企业经理奉为必读的“圣经”。成本领先战略指企业在一定时期内为用户创造价值的全部活动的累计成本

低于行业平均水平或主要竞争对手。迈克尔·波特低成本竞争战略是指组织在提供相同产品和服务时，其成本或费用明显低于行业平均水平或主要竞争对手的竞争战略。其意义是通过成本优势使企业在相同的规模条件下取得更大的盈利，或积累更多的发展资金，或在不利的经营环境中取得具有更强的生存发展能力，达到事半功倍的效果。现代医院在市场经济条件下，可以根据自身情况采用该战略。

目前医院医疗服务实行政府指导价，医院可在政府指导价下制定实际销售价格。在相同的医疗技术水平下，谁的医疗服务价格低，谁就会占有较高的医疗市场份额，而医疗服务价格低的前提是凭借医疗成本低的优势。这要求医院建立起高效、规模的服务设施，全力以赴降低成本，注重成本与管理的控制，最大限度地减少医药费、卫生材料费和管理费用。医院凭其低成本优势而获得较高的收支结余，收支结余重新投入医疗经营，又可进一步保持医院成本领先优势和地位。以下以河北省张家口解放军 251 医院为例说明。

（1）分析形势

张家口地区宏观上供求矛盾突出：全市 4 区 13 县，共 410 万人口，国家级贫困县有 10 个，有病治不起的问题相当突出。另外，全市共有县级以上医院 80 所，病床使用率仅为 53%。251 医院面对的是夹缝中的生存环境和主观上传统惯性心态的影响。

张家口地区的中小医院始终未能挣脱计划经济条件下所形成的惯性心态。首先，管理者长期以来一方面被一些繁琐的日常事务所困扰，不能集中精力用于科学预测和决策；另一方面感情管理占有一定成分，很难冲破多年形成的人情包围圈，政策、制度苍白无力；三是陈旧的管理观念与形势的发展不相适应，解放思想缺乏深度和广度。其次，中小医院工作量不足，助长了医务人员劳动纪律涣散；病人、病种少，导致学术风气不浓，使医院在竞争中处于不利位置。

（2）制定策略

首先准确定位，确立战略经营方向。251 医院对自身优势、劣势、机会、威胁进行预测和分析，以低消耗、高效率、高效益经营模式为指导思想，转变观念，适应时代，把握方向，在培育、开发市场方面实施低成本竞争战略，以此作为医院生存和发展的突破点。

其次是强化管理，向管理要效益。各科室、班组实施全成本核算，责权利三位一体，另外，还因岗设职，减员增效。

（3）扶贫帮困

以社会效益带动经济收益。建立医疗扶贫点，把基层卫生院作为医院发展和病人来源基地。坚持到边远贫困乡村义务巡诊，把自身融于社会，让社会承认、接受。

（4）适应市场，提高工作效率

一是扩设输液病房，方便因工作、学习或经费原因不能住院的病人；二是建立家庭病房；上门医疗服务；三是开展社区服务，把防病、治病知识送到群众家中；四是开展医疗咨询，服务于大众。另外，缩短住院天数，加快床位周转。对策是所有住院病人必需的辅助检查原则上在门诊完成，缩短手术、治疗等候时间；明确各病种平均住院日范围，并严格奖惩；合

理安排慢性病人和康复病人出院休养等。在诊疗过程中，遵循“合理检查、合理用药、合理治疗”的原则，努力减轻病人负担。

由于定位准确，实施“高效、低耗、优质”的波特竞争战略，使医院在激烈的竞争中站稳了脚跟，对病人同等服务的累计总成本明显低于同行业水平，医院各项工作有了长足的发展和进步。医疗收入年平均增长率 18.36%，床位使用率 86.78%，出院者平均住院日 12.2 天。住院总人数、门诊量、床位周转次数等大幅度增加，体现出低成本竞争战略的效能。

2．差异化战略

差异化战略旨在为对价格相对不敏感的用户提供某产业中独特的产品与服务。医疗服务是技术密集型行业，谁拥有高技术，谁就容易占有医疗市场，在激烈的竞争中立于不败之地。技术竞争主要体现在新技术的引进和开发两个方面。技术引进是指为发展自己的科学技术，通过各种途径从国内外引进本院没有或尚未完全掌握的先进技术；技术开发就是把科学技术潜在的生产力转化为直接生产力，就是把应用研究或实验发展转化为医疗服务的全过程。

随着疾病谱的变化和工业生产的发展，传统的医疗技术已无法满足广大人民群众的医疗服务需求。现代医院的发展也呈现出百花齐放，百家争鸣的局面。对于一些专科医院而言，引进新技术，开发新疗法，提供优质的服务，构建独特品牌优势，可以帮助医院走出困境。谁在技术上领先，谁就将在未来的竞争中取得主动。

需要重视的是，学科建设要遵循现代医学发展规律，找准学科建设和发展的主攻方向。现代医学发展日益以高速度、高容量、高交叉、高分支的运行态势发展，旧的生物医学模式已经废弃，新的社会—心理—生物医学模式日益完善，专科设置因循守旧，沿袭传统的做法必然导致人才、技术的落后，最终为日益激烈的市场竞争所淘汰。中小医院在这种态势下沿用、模仿大型综合性医院的兼收并吸、人有我有的策略显然是难以行通的，所以必须突出特色，形成拳头，选准主攻方向，着眼长远，采取量力而行的策略。在选准若干突破口后集中力量逐个攻关，做到循序渐进，持续发展才能在医院的差异化建设——专科建设工作中取得根本实效。

还要抓好带头人的选拔培养和人才梯队建设。人才是立院之本，培养出高素质的人才是保持学科建设水平的关键，各类人才是否能够各尽所长各尽其用也是医院专科建设成败的关键。在人才的培养和使用上，要坚持能者上，庸者下；要坚持高学历与德才兼备相结合，科研能力与临床工作能力相结合，管理能力与带教能力相结合。解放军第 91 医院在学科建设中就重点进行了中青年骨干的选拔培养，较好地完成了学科带头人的新者交替任务。医院对有发展前途的年轻骨干打破论资排辈的观念，做到了看准的就大胆使用，积极把他们推上学科带头人的位置上，医院目前 45 岁以下的学科带头人已占 60%，已破格提拔了 14 名 40 岁以下的中青年骨干为学科带头人，其中 5 名毕业回院的硕士研究生均已走上了科室正、副主任的领导岗位。医院病理科、内二科、外一科的新带头人做到了每年都有新成果，每年都开展 1～2 项新技术。近 4 年来，该院已获军队科技进步二等奖 2 项，军队医疗成果二等奖 2

项，军队科技进步三等奖 7 项，军队科技进步四等奖 20 项。

3. 专一化战略

专一经营战略指专门提供满足小用户群体需求的产品和服务。该战略经常和差异化战略结合使用。专一经营战略一般也比较适用于中、小型专科医院。

（1）专科医院的概念

专科医院相对综合性医院而言，一般是根据现在综合性医院临床科室的分类重点围绕某一科室的服务特点进行独立建制而形成的，具有规模小、功能专、技术精等特点。因此，专科医院是主要针对服务于某一类人群或者防治某一类疾病而设立的医院。

（2）专科医院的分类

根据不同的服务人群，专科医院可分为儿童医院（儿童保健院）、妇产科医院（妇幼保健院）、老年病医院、男性科医院等；根据不同的疾病种类，可分为传染病医院、精神病医院、肿瘤医院、结核病医院、心血管病医院、麻风病医院、皮肤病医院、糖尿病医院等；根据人体器官分类可分为口腔科医院、眼科医院、耳鼻喉科医院、脑科医院、胸科医院、泌尿科医院等；根据治疗手段，还可分为中医医院、针灸推拿医院、激光医院、整形医院、藏医医院、疗养院等。目前，国内专科医院的分类还缺乏统一规范，存在比较杂乱的现象。卫生部在医疗机构的注册登记时明确规定不得以疾病的种类以及治疗的设施命名医院，但一些习惯性称呼仍很难改变。比较常见也是医务界确认的专科医院一般有儿童医院、妇产科医院、传染病医院、精神病医院。

（3）专科医院的设置

专科医院是综合性医院的补充，综合性医院是专科医院的坚强后盾。专科医院的设置必须因地制宜，从实际出发，并符合区域卫生规划。不提倡青一色，不能搞一刀切。专科医院的设置要进行充分的调查论证，必须具备基本的条件，不能一味地求“专”、求“精”。目前，一些基层医疗卫生单位掀起五花八门的专科建设热，提出“建专科、求生存、谋发展”的思路，颇值得商榷。

（4）专科医院的特殊性

专科医院首先是医院，因此具有医院的一般共性，但也有其特殊性。

① 功能专。因其针对某一专科，涉及医学科学的领域相对比较窄，服务功能比较单一，重点也比较突出。某种程度上能为对号入座的病人提供许多方便。

② 业务精。因其服务功能专一，对某类疾病或某种疾病的认识、研究往往更有机会深入，而同类、同种疾病的聚集也使得专科医院的临床经验更有条件积累。一般说来，专科医院就其专科领域而言，往往业务技术比较精，这也是深受病人欢迎的原因之一。

③ 规模小。规模小不仅体现在职工人数和床位数上，而且简化了许多辅助科室和医技设备。运转机制相对比较灵活，成本效益比较高。

但同时应看到专科医院也存在着弱势。医疗服务的对象是人，人毕竟是个完整面复杂的

生命体。专科医院服务功能上的局限容易造成只见树木不见森林，只见病不见人的现象。尤其是一个病人合并发生多种疾病时，往往使得专科医院顾此失彼，甚至产生严重的医疗质量问题。如何处理局部与整体、专与博的矛盾，始终是专科医院管理者应该思考的问题。

（5）专一化战略在现代专科医院中的应用

事物运动往往呈现矛盾状态。一方面，医学科学技术的突飞猛进使得对疾病的认识进入分子学水平，诊疗疾病的专科及医生的专业越分越细；另一方面，基本医疗卫生服务的需求又呼唤着全科医生，集内外妇儿为一身，融医疗预防康复为一体。如何发展现代专科医院？一种思路是“小综合，大专科”，即在专科医院里适当开设相关综合性临床科室，如在精神病医院里开设内科，在结核病医院里开设外科，以求得学科的相互渗透和交融，提高诊疗水平。另一种思路是，专科医院与综合性医院松散地挂钩，如请综合性医院相关科室定期或不定期地到医院查房、会诊，以弥补专科医院的缺陷和不足，更好地为人民健康服务。

现代专科医院的建设和发展切忌走“小而全”的老路，应该充分地借助或依托周边区域兄弟医院的优势，否则将专科不专，特色不特。

以无锡市第三人民医院为例，该院始终注意围绕医疗工作中心大力加强专科建设，逐步形成了具有医院特色的烧伤科、中西医结合消化科和骨科，并以此为龙头，带动和推进其他学科和医院整体水平的提高，使医院发展成为具有一定规模和水准的集医、教、研、防多功能为一体的医疗服务机构。

第一，以满足医疗市场需求为目标，确定重点专科的发展。烧伤科和中西医结合消化科是该院传统的两个市级重点专科，当时这两个专科在无锡市内几乎是空白，大量病人往返奔波于南京、上海等地，饱受求医之苦。医院根据无锡地区的疾病谱与经济发展情况，建立和发展这两个专科。20 世纪 90 年代初，医院建立了医疗急救中心，完善了急救体系，收治外伤病人逐年增多，医院的骨科在原来的基础上规模不断扩大，技术水平不断提高。由此可以看出，重点专科都是为了满足医疗市场需求而发展起来的。

第二，以人才的开发和培养为根本，抓好专科技术队伍的建设。人才是先进技术的载体，人才开发和培养是技术发展的核心，谁能争得人才，谁就争得了市场。医院把人才开发培养作为专科建设和医院发展的根本始终常抓不懈，实行引进和培养“两条腿走路”的办法，人才培养采取“三个结合”的方法，即长短结合，长期委托培养研究生和短期进修学习相结合；内外结合，自我培训和外请专家教授指导相结合；点面结合，重点培养和普遍受益相结合。

第三，以科技为先导，促进专科的技术发展。科技是第一生产力的思想观念已深入人心，科技进步之所以重要，不仅在于科技意识的整体水平成为社会主义现代化的主要特征之一，而且它关系到医疗卫生事业的前途和命运，它不仅为现实服务，还可通过科技意识来引导潜在生产力的发展。要增强科技竞争的力量，需要进行两方面努力：一方面应增强技术引进的投资，如果不进行高起点的技术引进，不增强投资中技术含量，就不可能在市场竞争中取胜；另一方面进行技术协作，采取院内科室间、院外单位间的协作。该院这几个重点专科先后与上海瑞金、长海、长征等医院建立了技术协作关系，借助外力发展自己，提高水平。由于医

院在专科建设上花了较大的气力，使特色专科有了比较大的发展，而特色专科的发展又带动和促进了其他相应专科的建设，加之医院在做法上注意既确保重点专科的发展，又兼顾发展其他一般专科，从提高相应配套专科技术水平入手，使全院各专业学科均有较大的发展。所以，我们从无锡第三人民医院的发展中可以得出如下结论：

① 科学技术是保证医疗市场竞争的关键。医疗市场竞争的焦点是医疗技术的竞争，而确保医疗技术的关键措施是专科建设，企业的发展靠代表企业特色的拳头产品提高企业知名度和竞争力，打开局面，促进发展。与此类同，医院亦同样需要靠自己的拳头产品——专科特色来提高其社会知名度和竞争力，促进医院的发展。当前，医院要在日益激烈的医疗市场竞争中立于不败之地，就必须不断开发新技术，不断加强自己的专科特色，才能形成自己的竞争优势，吸引患者，占领医疗市场。

② 人才是确保医疗市场竞争力的根本。医疗市场竞争的关键是医疗技术的竞争，而医疗技术竞争的实质又是人才竞争。人才是提高医院竞争能力和自我发展能力的基础，谁重视人才谁就会在医疗市场竞争中始终立于不败之地。

③ 现代化的设备是保证医院竞争力的重要物质条件。随着科学技术的发展，医疗技术水平的高低越来越取决于医疗设备的现代化。医院医疗技术和专科水平的提高，如果没有强烈的技术进步意识，不具备先进的医疗设备，则不可能得到发展。近几年来该院先后添置的CT、全自动生化分析仪、多谱勒彩色血流显像仪、人工肾、14 座位高压氧舱等一批现代化先进仪器设备，有力地促进了医疗技术水平的提高和专科建设的发展。

④ 科学管理是提高医院竞争力的基本保证。在技术、人才、装备等因素同等的条件下，医院竞争力和发展能力的强弱主要取决于医院管理水平的高低。管理出质量、出效益，无锡市第三医院抓专科建设促医院全面发展的成功经验之一就是始终狠抓医院的基础管理，使医院管理逐步走上法制化、规范化、科学化的道路，保证了医院竞争力的不断增强。

12.5 新形势下医院的发展战略选择

12.5.1 医院战略管理理论应用的主要限制因素

医院有效战略的形成需要与医院有关的所有人员都对医院的“正确”改变感兴趣，创造一个战略的氛围和文化，其中尤为重要的是医院上层领导的全力倡导。在美国通用电气公司前任总裁杰克·韦尔奇的 20 年成功经验中，最重要的是他长期制定与实施一套切实可行的企业发展战略。为了领导企业变革，美国通用电气公司关注于企业文化的营造。不管是由于威胁的逼迫，还是由于机遇的驱使，通过数据、样板和命令，在公司内逐步渗透，传播变革的需要，使所有员工建立共同的变革需求，形成公司目标远景。此外，分析利益相关者对变革的态度及其影响力，克服各种变革的阻力，调动员工的积极性，并使关键的利益相关者做出承诺，实际投身于变革。为了使变革能够持续，公司上层应不断倡导与关注变革，在内部

积极进行沟通，保持持续变革的活力和激情，持续投入足够的资金和时间。目前我国医院在实施战略管理中，较大的限制因素是医院的文化还未能促进战略管理理论的应用。在部分医院的医院文化调查中也发现，评价较低的是医院的竞争观、危机感、责权利观、自觉性管理观、人本主义管理观、等级观和效率观。要使医院战略管理能够有效制定与实施，推进医院文化的建设是当务之急，尤其是医院的上层领导必须全力投身于医院文化建设和战略管理。此外，我国医院战略管理的制定与实施也需要政府卫生行政主管部门的倡导与支持，让医院在经营管理上有更大的自主权，政府只是通过行政管理、法制和经济手段来影响医疗市场的供给与需求，起宏观调控作用。

12.5.2　医院的发展战略选择

1．科教强院战略

增加科研教育投资费用，努力提高医院核心竞争力。回顾现代经济发展的历程，科技的力量几乎一直在起着决定性的作用。在知识经济时代，竞争的焦点无疑将更加集中于科技和教育。医院可以采取送出去进修、院内讲座交流及考评等形式以形成良好的学习氛围，从而提高对疾病的诊断、治疗和预防知识体系的认识与掌握。加强人才培养力度，选拔和培养工作上有干劲、技术上有钻劲、学术上有造诣、管理上有思路的专业技术人员担任医院的中坚，以优惠的待遇吸引高层次技术人才。

2．新型服务战略

面对医疗市场竞争加剧的现状，拓展医院服务范围、提升医院服务水平显得尤为重要。医院服务质量与服务水平是一所医院口碑好坏的最直观表现。

医院管理应由“以医疗为中心”向“以患者为中心”方向转变。医院的服务也从防治疾病扩大到保护健康，还要逐步扩大到健康促进、提高生命质量和延长寿命等。医院的发展从“重技术、轻服务”的倾向向“重技术和服务的整合”的方向上转变。现代医学模式强调从整体医学出发的综合医疗模式，既重视人的自然属性，又重视人的社会属性。这一医学模式的转变从根本上说是医学发展的必然趋势和结果，也是 21 世纪医院现代化发展的重要标志。

3．规模经营战略

在当前的医疗市场中，规模扩大的方式有联合兼并、资产重组、医院改制上市、连锁经营、各种协作方式的松散型联合等，其结果必然是拓展新的医疗市场，促进区域卫生资源的利用效率。

对医院而言，规模经营机遇和风险并存。为防范风险，一是选准扩张的方向，可把眼光放在广阔的国际医疗市场上；二是选准扩张的时机；三是选准扩张的对象。同时还要搞好产权制度、人事制度、分配制度等方面的改革。

4．优质服务战略

21 世纪是一个医疗服务质量竞争的世纪，患者将以医疗质量的高低作为选择医院的第一要素。面对社会日益增长的医疗需求，医院需要处理好以下几个方面的问题：

（1）重视质量管理的国际标准，即 ISO 9000 系列标准运用

自 20 世纪 90 年代起，越来越多的医院相继实施了 ISO 9000 系列标准。国内也有为数不少的医院按照国际惯例，依据 ISO 9000 系列质量管理与质量保证国际标准建立了自己的质量体系，通过认证，并已取得了良好的质量效益。

（2）重视生态文化在医院建设中的作用

生态文化是基于生态原则的价值观念，推进全球与地域性文化相结合的积极进化活动，也是人类不断认识自然、处理人与自然之间的相互关系，并使之和谐统一的思想结晶。现代医院在继承传统文化的基础上大多数都在引进和发展自身的先进文化，把塑造医院形象列入医院建设的重要内容。

（3）重视循证医学模式的应用

循证医学是国际医疗界在 20 世纪 80 至 90 年代兴起的一种新的医学模式。它是从长期以来以经验为基础的临床医疗模式转变而来的，其核心思想是医疗决策应在现有最好的临床研究依据基础上做出，同时也重视结合个人的临床经验。循证医学已成为一种医疗新观念和提高医疗质量的新手段。

5．品牌战略

医院要采用品牌战略，就要创造出自己医院特有的服务模式，如此才能保证医院竞争力的持久，所以说品牌是竞争的利器，是一所医院乃至整个行业竞争力的体现。现在百年的大医院也要大力塑造自己的品牌，因为在医疗市场中，品牌意识在患者头脑中越来越强。品牌是医疗市场竞争力的象征，是赢得患者的法宝。一旦患者在医院提供的医疗服务中形成“消费满意”，他往往会与医院建立起长久的良好的医疗供需合作关系。医院的品牌，除了包含医疗产品和服务固有的技术含量、质量、价格外，还应有专家知名度、专科特色、高精尖仪器等要素。

总之，随着经济全球化进程的不断加快，整个社会环境发生了前所未有的变化，医院的发展已经面临学科的竞争、效率的竞争、规模的竞争、医疗特色的竞争和社会效益的竞争，作为现代医院管理者只有把握好发展机遇，谋划好未来，才能使医院进入可持续发展的良性轨道。

精品案例

东莞石新医院成立于 1997 年 6 月，位置设在一个相当偏僻的山窝里，仅建有一座 4000 多平方米的三层房屋，规模较小，设备极其简陋，地方偏远，医务人员 50 余人，床位设置

40 张。各方面条件是一穷二白。

石新医院当时存在以下方面的机遇：

① 顺应了中国发展的历史潮流和医疗市场开发的时机。

② 上级领导关心、支持医院建设。

③ 石新医院所在的城镇自 1992 年开始开发房地产业，经济得到迅速发展，人口由原来的 2 万多人迅速发展到 1997 年的 10 余万人。医疗卫生方面资源短缺，仅有一所镇属医院。

尽管石新医院发展的前景和时机看好，但石新医院发展的现状却不容乐观：

① 国家卫生政策还停留在计划经济状态，尤其是医疗市场方面的政策不甚明朗。地方卫生行政部门在政策上支持力度不大。

② 镇政府维护其镇属医院的发展和建设，积极筹资兴建镇人民医院，这必将对石新医院产生较大冲击。

③ 石新医院周围人烟稀少，地理位置较差，交通极为不便。

④ 医院资金短缺，硬件设施不足，各方面运作举步维艰。

⑤ 石新医院组织架构优化程度不够，管理层的医院管理经验不足，管理知识陈旧，管理手段原始。

在医院经营不很景气的情况下，1998 年 6 月，石新医院开始面向全国招聘医院管理人才，并做了历时 1 个多月的调查，在深入了解内外部环境的基础上，量终筛选确定了一套完整的实施方案，按照“体制创新”“服务升级”“品牌打造”三步骤开展实施。

1．体制创新

针对石新医院领导团队管理水平不佳、领导团队不力的状况，医院大胆进行医院人事制度改革，于 1999 年元月中旬重新设立管理岗位，规划了医院管理机制、完善了组织架构和领导体系。同时采取招聘人才、竞争上岗的办法，选取了一批优秀的管理干部，尤其是核心领导层，做到了五个结合：老中青相结合、专业内外相结合、地方与外来相结合、知识层面相结合、个体优势相结合。这样，通过领导体系、知识体系和制度体系的有机结合，形成了自上而下强有力的互动、互补、责权利统一的医院领导和管理团队。

2．服务升级

医院于 1999 年 4 月迈入第二步“服务升级”，提出“开展医院服务形象工程建设活动”的策划方案。在企划部和医务部的协助下，策划建立了医院独特的顾客服务系统。在医院与城中心之间设立“健康快车”，每 15 分一班；在急救方面打造“绿色生命通道”；在各门诊实施“微笑服务”“首问负责制”与“首诊负责制”，医疗服务不断向人性化方向发展。通过这些方面的努力，医院的医疗市场迅速扩大，2000 年 5 月，石新医院被核定为市社会保险定点医疗机构。

3．品牌打造

2001 年上半年，医院开始了第三步策划——医院品牌的打造。具体步骤包括全方位动员二次创业，重新规划内涵建设，争创全国百姓放心医院，导入 CIS、策划会务和庆典等。截至 2002 年 12 月底，全年医院门诊量已达 23 万人次，比去年同期增长 53.33%；年住院患者达 4600 余例，比上年增长 64.28%；年手术例数达 2080 余例，比上年增长 73.33%；企事业单位与医院签订医疗合同的达到 211 家，是上年同期的 3 倍多。

2003 年元月在镇政府年终表彰大会上，石新医院被授予“先进单位”称号。在政府总结报告中，着重提出要“支持和帮助石新医院做大做强”。同月，有关专家和上级领导对石新医院的资产进行了评估，包括无形资产，石新医院总资产已超过一个亿。

（资料来源：上海医院管理网 http://www.10hospital.com）

本章参考文献

1．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

2．张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007

3．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000

4．刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

5．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999

6．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

7．陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003

8．曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003

9．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007

10．哈罗德．孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998

11．周京国．医院战略管理中 SWOT 分析模式的运用与思考[J]．中国卫生事业管理，2008（9）：582～583

12．戴星，任彩娟．新形势下医院战略管理的探讨[J]．中国卫生质量管理，2008，7（4）：71

13．陈海啸，李成．如何实施以市场为导向的医院战略管理体系[J]．中国医院院长，2008（6）：44～47

14．刘勇．实施医院战略管理是构建核心竞争力的关键[J]．中国卫生事业管理，2008（2）：91～92

15．李洪兵．我国医院战略管理的困境与对策[J]．中国医药导报，2007，12（34）：77

下　　篇

医院管理实务

第 13 章　医 疗 管 理

13.1　医疗管理概述

13.1.1　医疗管理的概念

医疗管理是指对医院医疗活动全过程进行的组织、计划、协调和控制，使之经常处于应有的状态，并对变化的客观环境具有较强的适应性，使得医疗效率和医疗效果达到最佳。医疗管理是影响整个医院管理水平的中心环节。

医疗活动分为医院内部（院内）和医院外部（院外）两部分，院外的医疗活动大多是社会医疗服务，包括出院后的随访、人群健康检查、疾病普查普治、家庭病床等。院内的医疗过程是指从病人进入医院大门直至出院的全部过程，医疗过程示意图如图 13-1 所示。本章所述的医疗管理主要涉及院内的医疗活动。

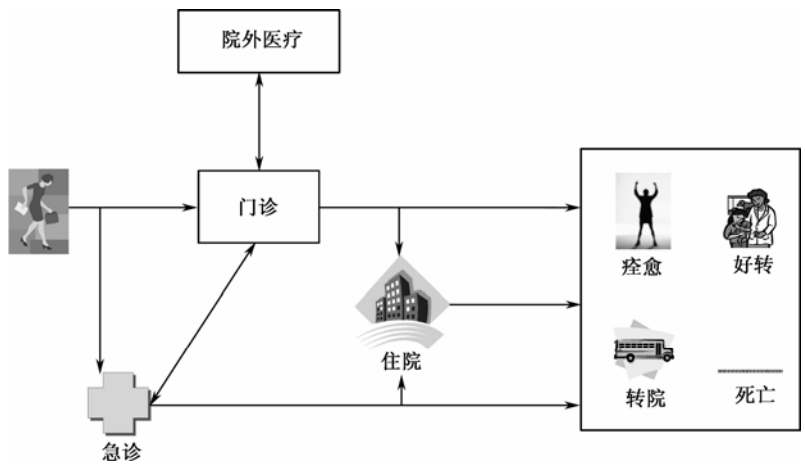


图13-l　院内医疗过程示意图

门诊是诊疗活动的第一线，进行一般的或初期的诊疗工作，解决大多数病人的诊疗问题。急诊负责诊疗和抢救急、危重病人、首诊病人、留察疑难和未脱离危险期的病人，住院是对各种复杂、疑难、重症病人进行全面系统的诊疗过程，是院内医疗活动的中心环节，康复是对恢复期病人的首诊。医疗工作量完成的多少，医疗质量的优劣、医疗技术水平的高低、医疗经济效益的大小，是一个医院医疗管理水平的综合反映。

13.1.2 医疗管理的基本原则

医疗管理坚持以病人为中心，一切从病人需要出发，以病人为中心开展诊疗工作，体现医学模式的要求，所有医生、护士、技术人员都必须做好充分准备，尽全力为病人提供良好的医疗服务。

医疗管理的基本原则可以概括为如下几个方面：

① 病人第一的原则，一切从病人的需要出发；

② 安全有效的原则，把医疗质量放在首位；

③ 首诊负责制原则，对首诊做到及时、认真、负责；

④ 重点加强的原则，对重点病人，如急症、重症、疑难症病人做到重点看护。

13.1.3 医疗管理的内容

医疗管理的内容主要包括：明确医疗管理任务目标，如门诊、急诊、病房、院外及医技科室的医疗工作数量、效率及质量目标，新开展医疗项目的方向、规模，技术力量的配备；保证医疗技术水平充分发挥，科学设置医疗组织机构，包括医疗技术人员的配备、组合、调度，医疗技术人员的调整与排班，医疗指挥系统灵敏性反应，完善各项医疗规章制度，如以责任制为中心的医疗管理制度、各级人员职责、各种诊疗常规、各项技术操作规范；检查评估医疗效果，分析和找出管理上的缺陷和不足，调整医疗管理的内容。

（1）制订医疗管理计划

制订医疗管理计划共四个阶段：制订任务目标，测算需要，核算现有条件、对现有条件进行协调平衡，最后确定计划目标。

（2）合理组织医疗技术力量

合理组织、调配医疗技术力量是实现医疗计划目标的有力保证，也是医疗管理的一项主要职能。主要管理工作内容包括，医疗组织机构的设置、医疗技术人员的配备、组合和调度、医疗技术人员的调整与排班、健全医疗智慧系统及精干高效的职能部门。

（3）制定各项医疗规章制度

医疗规章制度具有一定程度的指令性质和法规性质，是从事医疗活动人员遵循的规范，是使各项医疗活动纳入常规运行的保障，包括以责任制为中心的医疗管理制度、各级人员职责、各种诊疗常规及各项技术操作规范。

（4）做好医疗活动中的协调

协调是医疗管理的一项重要职能，是保障医疗活动随时适应外界环境变化的手段，又是目标计划缺陷弥补的有力补充手段。

（5）检查评定医疗效果

作为医疗管理的最后一步工作，医疗效果是医疗管理效能的综合反映，医疗效果的检查

评定对医疗管理具有重要意义。

13.2　门诊管理

门诊（clinic outpatient department）是医院工作的重要组成部分，是医院和病人接触时间最早、人数最多的部门，是对病人进行诊断、治疗的第一线。大多数病人是在门诊治疗，只有部分病情较重或复杂的病人才需要住院诊治，因此坚持“以病人为中心，以质量为核心，以效益为根本”的医院工作指导思想，首先要加强对门诊这一窗口的管理，提高门诊工作质量，这也是提高医院科学管理水平的重要方面。此外，在门诊可以观察到病情较轻或住院前患者的早期症状、疾病的前期表现和部分预后情况，了解整个病程的发展，也有助于年轻医务人员的培养。

13.2.1　门诊工作的任务及特点

1．任务

门诊工作的主要任务包括以下几个方面。

① 负责卫生行政领导部门分配的地区范围内病人的门诊工作，对病情不适于在门诊处置的病人要收入院或转院治疗。

② 承担负责地区范围内基层医疗单位转来病人的会诊。要充分发挥基层医疗单位的技术和能力，有的病人在明确诊断和治疗方案后应转回基层医疗单位处理，也可留本院治疗，必要时转往有关医院。

③ 负责危、急、重病人的抢救和治疗（对于独立设立急诊科的医院这项工作由急诊完成）。

④ 负责责任区范围内基层医疗单位的业务技术指导，有计划地对基层医务人员进行培训，以提高医疗技术水平。

⑤ 对承担基层医疗工作的医院，其门诊部要在地段范围内组织好出诊和访视，做好防病工作。大型医院要开展部分家庭病床，建立防治网点，配合有关部门开展普查普治工作。

⑥ 负责责任地区范围内或上级卫生行政部门分配的健康检查任务。

2．特点

门诊工作的特点如下。

（1）门诊病人流动频繁

门诊每天要接待大量来自社会的病人，一般省级综合医院的每日门诊量均超过 2000 人次，有的甚至超过 4000 人次。对于这种门诊病人集中的情况，为保证病人得到及时、有效的诊疗服务，要求医院合理安排门诊诊疗工作人员，定期改善门诊工作条件，尤其要做好门

诊高峰期的疏通工作，保证良好的门诊服务质量。

（2）诊断和治疗时间有限

门诊病人数量多，因此门诊医生对每一个病人的诊断时间短暂，有关病情的诊断主要靠病人或者陪同人的叙述以及医生本人短时间内的观察。为了保证诊疗的质量，解决质量与时间之间的矛盾，关键是要加强科学管理，针对门诊工作特点落实到提高质量上。

（3）有系统的就诊环节

门诊是一个功能相对齐全的有机整体，就诊包括挂号、候诊、诊断、取药、治疗等若干环节，任何一个环节的堵塞都可能造成整个流程的不畅，管理过程中要仔细剖析门诊各环节的特点，做好导医工作，简化就诊手续，帮助病人就诊。

（4）易造成交叉感染

卫生部数据显示，就诊的门诊病人人次远远大于住院病人，并且大量病人聚集在门诊部检查和治疗，因此门诊部门具有公共场所人群聚集的特点，容易造成交叉感染。所以医院首先应做好门诊感染管理和环境卫生管理，预防交叉感染。必须认真做好就诊病人的预检工作，发现可疑病人尽早隔离，做好消毒工作，防止疾病传播。严防交叉感染是门诊管理工作的一项重要任务，要求医院领导充分认识到门诊工作这一特点，认真做好门诊感染管理工作。

（5）医疗质量把关第一环

门诊是大部分病人就诊的第一个环节，也是医院医疗第一线，能够对病人早发现、早诊断、早治疗，关键就在于门诊的医疗服务，因此门诊服务是保证医疗质量的第一个关键环节。由于门诊工作应急变化多，人数、病种急慢程度难以预料。医生排班是轮换制，病人复诊的时候很难正好遇见出诊时的医生，加上诊断和治疗的时间短暂，都为医疗质量的保证设置了障碍，因此管理者要尤其注意门诊工作的质量。

（6）方便又经济的大众医疗方式

病人到门诊看病，基本不需要脱离原来的工作环境和生活环境，与住院相比医疗程序简化，是简便的医疗服务方式。门诊与住院相比，所需的人员编制、建设资金、医疗成本都低于住院部，同时门诊病人的经济负担也相对较轻，费时较少。这样使得病人对门诊服务的需求增加，门诊也开始设置多种就诊方式，例如为了控制医疗费用的增长，许多医院成立了日间诊疗部，将原来需要住院的治疗放在门诊治疗和处理。

13.2.2 门诊类型及科室设置

1. 门诊分类

参照卫生部下达的《医院分级管理办法》和我国的实际情况，将门诊做以下分类。

（1）按医院科室设置划分

门诊科室的设置与病房相呼应，只有少数科室仅有门诊不设病房或仅有病房不设门诊。随着医学专业分科日益细化，门诊科室的分科也逐渐细化，如增加老年病门诊，将内科分为

呼吸内科、消化内科、神经内科、心血管内科等。

（2）按医院分级管理划分

1989 年的《医院分级管理办法》将综合性医院分为三级，并设立相应的门诊。根据不同等级医院所承担任务的不同而划分的医疗门诊，无论是收治接诊对象和病种复杂程度，还是要求人员、设备情况都是不同的，要根据卫生部制定的医院分级标准，对门诊的分科、专业人员、门诊服务条件做出相应的设置和建设。

（3）按就诊人的情况划分

按照就诊人的健康情况及病情需要处理的迫切程度，门诊可以分为一般门诊、急诊和保健门诊。一般门诊可分为预约门诊和非预约门诊。预约门诊在国外已广泛开展，在我国病人就诊主要集中在上午，预约门诊可解决负荷不均衡的问题。预约门诊可分为病人主动预约和医生根据病情需要要求病人按期复诊。

按照满足不同病人的需求，门诊可分为基本医疗门诊和特需医疗门诊。基本门诊可分为：

① 一般门诊，是医院门诊的主要部门，要充分保证。

② 简易门诊，专为一些慢性病、行动不便的复诊病人提供简单检查、简单咨询或续配一些长期服用药物的基本医疗服务。

③ 体检服务，为各种服务提供方便。

④ 家庭服务，为一些病人提供上门服务。

2. 科室设置

门诊科室有临床科室、医技科室和行政科室三种。

（1）临床科室

一级综合性医院的门诊一般应设内科、外科、妇产科、小儿科、眼科、耳鼻喉科、口腔科、中医科、皮肤科、传染科、康复科（理疗科）、变态反应科、急诊科等。还可根据医院本身条件和特长开设二级专科门诊，如心血内科，消化内科、呼吸内科、内分泌内科、胃肠内科、血液内科，神经内科、脑外科、胸外科、骨外科、泌尿外科，整形外科和肿瘤外科等专科门诊。急诊科应分别设有急诊内科、急诊外科，二级综合性医院的门诊一般应设内科、外科、妇产科、小儿科、中医科，五官科、传染科等，有条件的还可开设一些专科门诊。

（2）医技科室

医技科室包括：

① 门诊注射室和输液室，负责各科病人的注射输液工作。有条件的可将成人和小儿科分开，甚至各科分开、男女分开。

② 抽血中心，负责各科病人采血。集中采血便于管理，采血病人少的医院，可在化验室内设专人负责。

③ 检验科、药房、放射检查室（X 线室、CT 室、核医学检查室）等。

④ 功能检查室，如超声室、心功能室、心电图室，脑电图室、脑血流图检查等。

⑤ 预检处

⑥ 分诊处。

（3）行政科室

行政科室包括：

① 门诊部办公室。办公室应设于门诊的中心位置，既便于工作人员深入科室巡视门诊工作运行情况，也便于病人寻找。

② 问询处或服务台。

③ 挂号处。

④ 收费处。

⑤ 医疗保险办公室或公费医疗办公室。

此外，还可根据各医院门诊规模的大小，有条件时设专家预约登记处、入院登记处、价格咨询处。

13.2.3 门诊的布局和工作流程

1．门诊的布局

门诊的布局应根据医院的规模、专业特长、医疗设备、医院所在地的环境、门诊量、就诊人群常见病和多发病的情况而定。门诊科室的设置应和病房相对应，以维持医疗工作的连续性。有条件的医院，尽量开设专家专科、专病门诊、心理门诊、体检中心、特需专家门诊等，以解决疑难病症，提高医疗质量，方便病人诊治，同时有利于医院的医、教、研全面发展和医院的深化改革。

综合医院门诊一般由门诊大厅、挂号室、各科诊室、候诊室、治疗室、取药等公用部分和急诊室等组成。医院每天都要接待大量的门诊病人，就诊高峰多集中于较短时间内，就诊流程多为挂号、候诊诊疗、检查、收费和取药。门诊部人流的特点是病人多、流量大、容易产生交叉感染，因此，合理布局，方便病人，既有利于病人卫生，也有利于医疗管理，让病人能够在最短时间、最短距离内以最快速度顺利地进行诊断和治疗。

门诊医疗环境及管理要适应病人流量大这一特点，以方便病员为目的，突出公共卫生原则，创造一个明亮、舒适、整洁、美化和安全的环境，使病人对医疗机构产生依赖、信任的感觉，增强战胜疾病的信心。

门诊大厅入口处应设服务台（导诊咨询、药物咨询、物价咨询），指导病人挂号，为前来就诊的病人解答问题。大厅设便民服务中心，备有送病人的轮椅、推床，并指定专人协助行动不便的病人挂号就诊。挂置门诊平面示意图和导向图，各科标识醒目，并在主要通道交叉口设鲜明的路标，科室门上标有标牌，公开常规诊疗项目收费价格表、常用药品价格表，便于病人监督，防止乱收费，有条件的医院可采用电子触摸屏查询系统和（或）大型电子屏幕显示系统。

门诊大厅应设专家一览表、专家出诊时间表和专家专业特长简介，使病人对医院专家门诊工作做到胸中有数，以利于病人选择医生。门诊区域内要有必备的公共卫生设施，如痰盂、垃圾箱、厕所、洗手间、饮水机、公用电话等，如有条件可设物品存放处，标识醒目，使病人一目了然。

门诊常设科室的位置应从方便病人就诊、减少病人逆流次数、有利于医疗业务工作联系等方面统筹考虑。挂号、收费、取药、抽血等按病人门诊工作量的多少而随时增设窗口，减少病人排队等候时间。候诊室根据各科不同特点，设置开放式候诊厅，配置电视音响设备和舒适的椅子，通过电子屏幕介绍卫生、保健、急救知识，医院情况及适宜的文艺节目，使病人安静候诊，维持好门诊秩序。候诊厅及走廊的墙壁上可挂优美的风景画，四周摆放大盆花卉、营造一个宽敞、明亮、典雅、安静、舒适、温馨、以人为本的就医环境。

为防止交叉感染，凡需要隔离的房间、用具、器械等应醒目标明，并定期消毒。定时、定点、定期举行医学科普、健康教育讲座，以普及医疗知识，提高公众的健康保健水平。

2．门诊工作流程

就医流程指病人到医院就诊的全过程，如图 13-2 所示。合理安排就医流程，减少患者不必要的等待时间，是提高门诊整体服务水平的重要环节。

（1）预检分诊

现代医院门诊分科较细，病人难以准确选科就诊，因此在就诊程序上首先应预检分诊，这样避免浪费病人时间，有助于提高医院工作效率。

（2）挂号

预检分诊后，病人需要挂号，这是为了保持就诊秩序和建立必要的记录，挂号也是病人与医院之间正式建立就医法律责任的依据和起点，挂号窗口要做到成年人和儿童分开，非传染病人和传染病人分开。

挂号时间过长，不仅给病人带来不方便，而且容易造成门诊秩序混乱，因此当日挂号必须以简单、快速的方式完成挂号手续。解决的办法除了有健全的管理制度操作规程外，挂号还必须与病人数量相适应。现在不少医院已经建立了挂号的计算机系统，可以通过计算机数据库的信息系统分析，探索并着手解决挂号时间长的问题。

（3）候诊

病人挂号后到相应门诊科室候诊。门诊护士要维持好候诊室的秩序，告诉病人等候次序，安排病人依次就诊，进行必要的检查（体温、脉搏、血压等），对病情较重较急的病人及时安排优先就诊，回答病人提出的相关问题。此外应对可疑传染病人采取及时措施，并对病人进行健康教育，保持门诊环境的有序、安静和卫生。

（4）就诊

就诊是门诊的中心环节，也是病人来院的主要目的和要求。候诊室护士按顺序把病人分配到诊室，复诊病人最好安排原诊治医生接诊。医生询问有关病史后进行检查，必要时进行

化验和特殊检查，医生根据病情及检查做出初步诊断。门诊病历要整洁、简明、规范。提供治疗意见，征得病人同意，给予治疗或手术或处方。如对诊断治疗有疑问的，应请本科上级医生或有关科室会诊，病情不宜在门诊治疗的应收入院。

（5）医技科室检查及治疗

在诊疗过程中医生认为需要进行检查或检验时，须开出检查或治疗申请单，嘱咐检查或治疗前的准备注意事项。对于某些较为复杂的项目，通常采取预约的方式。

（6）取药

病人取药是门诊工作的重要环节，门诊医生必须严格执行处方制度，处方内容齐全，书写端正清楚，不得涂改（如有涂改，医生要在涂改处签字）。药剂科在发药时必须按规定审查处方，遇到配伍禁忌、涂改、超剂量或短缺药品时，要建议处方医生更正，药剂人员不得自行更改处方。发药前医师应当认真核对药品、剂量、有效期、姓名等。

（7）离院、留院观察或入院

病人经诊断，治疗即可离院。有的病人病情较重、疾病诊断不明可留门诊观察室观察，以观察病人病情变化，确定诊断。如果决定病人住院治疗，应签发住院通知。

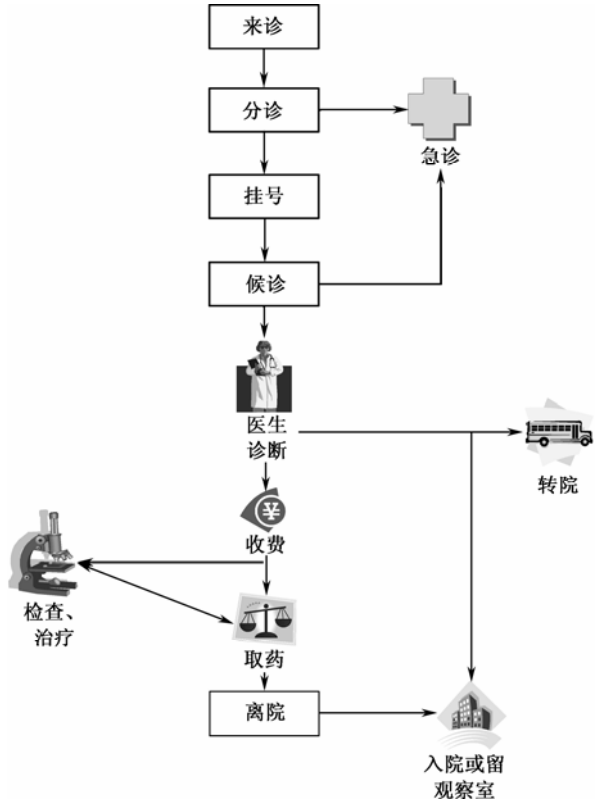


图13-2　门诊流程图

随着管理上“以病人为中心”的服务观念的转变，医院数字化水平的提高，医院的服务模式正悄悄地发生着革命性变化。不仅简化了患者就医步骤，优化患者就诊流程，而且从硬件和技术上保证了为患者在就诊过程中提供诊疗全程服务。现在，患者就诊前可通过医院的互联网网站、门诊大厅触摸屏等进行咨询以了解科室、专家以及诊疗收费等相关的信息服务。就诊中计算机门诊工作管理系统除了满足普通门诊挂号、确定就诊科室、收取医生诊疗和处置费用、购置病历、退换号等工作管理功能以外，还兼有录入和保存病人基本信息、办理医院内使用的存有病人基本信息和预付金金额的 IC 卡等信息处理和管理功能，便于医生在线调用。门诊工作管理系统还可帮助医生管理诊疗过程中产生的相关信息。病人辅助检查结果自动生成后，直接传送至医生桌面；医生开出的处方单、治疗单可以自动生成、打印，发送处方到门诊药房收费处、取药处划价、划账、配药，医院处理信息的时间减少，大大缩短了病人等候时间。

13.2.4　门诊组织管理体制

门诊部是医院管理门、急诊医疗服务的专门机构，其主要职责是制定全院的门诊工作规划（计划）和规章制度，组织协调各部门的工作，如危重病员抢救和疑难杂症的会诊，处理日常医疗行政事务，督促检查服务质量，及时向院长通报门诊医疗服务信息等。

组织形式是管理的重要组成部分。门诊组织管理形式直接影响着门诊质量的高低、门诊秩序的好坏和门诊矛盾的多少。门诊的组织管理体制主要采用业务副院长领导下的门诊部主任负责制，负责门诊、急诊工作。县以上综合医院应建立急诊科，单独领导急诊工作，主要由临床科室、医技科室和行政管理部门三部分组成。这些相互关联的科室以对病人进行预防、诊断和治疗为目的而构成完整的综合体。

医院门诊部的领导体制大致分为以下两种形式。

（1）双重领导形式

门诊工作人员（包括医护人员、工勤后勤人员、财务人员等）都要接受门诊部主任和所在科室主任的双重领导。门诊部主任和门诊办公室工作人员主要负责检查、督促、联系、组织、协调工作，解决日常门诊工作中发生的事宜。

医护人员的安排主要分别由各临床科室和护理部指定专人负责。各临床科室有一名科主任或副主任分管门诊工作，负责人员调配和对门诊人员的专业考核，并指定专人担任本专科的门诊组组长。门诊部设总护士长总管门诊护理工作，督促检查门诊环境卫生和宣教工作。

（2）门诊部统一归口领导形式

凡在门诊部工作的医护人员和工勤人员等各类人员，无论从哪个部门和科室派出，在业务组织管理和考勤考绩方面都由门诊部负责，并要求各部门和科室派出参加门诊工作的医护人员做到相对稳定，不得随意调动。

第二种管理办法使门诊部工作人员有了人权和财权，增加了门诊的管理力度，对医疗质

量管理、门诊投诉、门诊出勤率的约束大大增加，使门诊服务更加规范，从而提高门诊服务质量。但是无论采取何种形式，都得明确门诊部职能范围和领导权限，各科和部门要密切配合，使门诊部能够合理地安排人员和调配技术设备。医院领导、各科和部门领导与门诊部之间，应定期或不定期进行沟通，及时解决门诊工作中出现的问题。

13.2.5 门诊的质量管理

1．门诊质量管理的特点

门诊质量管理的特点有以下几个方面。

（1）门诊质量的难控性

首先，门诊病人相对于住院病人，病情轻而简单，病程较短，医疗服务质量的高低、好坏主要在短短的诊疗过程中体现，发生迅速、短暂。其次，参加门诊工作的各专科医师多采取定期轮换的方式，不能长期固定在门诊工作，加之临时公派执行任务、休假等因素，导致人员流动相对频繁。因此，对来诊的病人，特别是多次复诊的病人，往往可能会先后经过不同的医师接诊，客观上增加了接诊医师全面了解病人诊治全过程的难度。这些因素都增加了控制、提高门诊质量的难度。

（2）门诊质量的高追求性

门诊是方便、经济的医疗服务方式，它简化了医疗程序，较少影响病人的工作与生产，为病人节省医疗费用，为医院节约卫生资源。花更少的钱享受更好的服务，是大众消费的普遍心理，病人在简化的医疗程序中，依然追求高质量的医疗服务，追求达到治愈疾病、提高健康水平、保证生活质量的目的。

（3）门诊诊疗工作时效性与门诊质量的矛盾性

在门诊正常工作时间内，医生接诊病人多，有的医师一上午要接诊 30 名以上的病人，常常接诊一名病人的时间仅 10 分钟左右，任务十分繁重。在有限的时间内，要完成每一例病人（特别是疑难病人）从询问病史到体格检查、阅读既往诊治的资料、分析病情、做出处置意见、解答病人提出的问题等一系列工作，实在不是一件容易的事。因此，接诊病人数量多，而接诊的时间又比较短，时效性很强与质量要求又很高的矛盾比较突出。

2．门诊质量管理存在的不足

门诊质量管理存在的不足可归纳为以下几个方面。

（1）规章制度的合理、细化不足，执行力度不强

规章制度是一所医院得以顺畅运营的基本结构支架和质量保证基础。要加强门诊质量管理，首先要建立健全相应的规章制度。目前医院门诊部门缺乏相对合理细致的规章制度；要么是不符合实际情况和病人的实际需要；要么是规章制度粗浅，不能对门诊工作起到切实有效的监督指导和管理的作用。还有一些医院虽制定有详细合理的规章制度，但在实际的门诊

工作过程当中却没有真正落实和执行，使其形同虚设，并没有起到应有的作用。门诊中“三长一短”的现象非常普遍，其中一个重要原因就是医院医疗卫生资源配备不够合理，门诊就诊的流程安排不够科学。

（2）技术队伍质量不合格

门急诊医疗质量主要体现在出门诊医师的技术水平上，其关键环节在于对门急诊医师的管理和安排。传统观念认为门急诊工作平庸、无技术可学、浪费时间，认为门急诊工作对医学人才的培养起不到重要作用。还有很多医院把门诊部作为医院安置编余干部和年老、体弱干部的部门。出现了出门诊医师结构不合理的现象，高级职称的医师不肯出门诊，进修生和实习生占出门诊医师的比例过大。

3．门诊治疗标准

门诊质量管理应当组织领导实行全过程质量控制，双向控制，充分利用信息资源进行管理。门诊治疗标准主要有以下五个方面。

① 诊断符合率：包括门诊三次确诊率、复诊率、门诊与出院诊断符合率；

② 治疗有效率：门诊治愈率和门诊手术切口一期愈合率；

③ 护理质量：业务、管理合格率，基本功操作达标率和常规器械消毒合格率；

④ 医疗安全：门诊医疗事故发生率、门诊医疗差错发生率、门诊交叉感染发生率、术后创口感染率、误诊和漏诊率、计划免疫完成率和法定传染病漏报率；

⑤ 服务质量：病历书写要以卫生部和国家中药管理局 2002 年 8 月颁布的《病历书写基本规范》为依据，门诊的病历包括首页、病历记录、化验单、医学影像检查资料等。

13.3　住院管理

13.3.1　住院诊疗管理简介

1．概念

住院诊疗是以三级医生结构为核心，应用医学科学理论知识、运用现代化诊疗手段，充分发挥医院整体功能对患者个体和人群实施诊疗，因而必须充分发挥组织、协调、控制等系统管理功能，达到提高医疗工作效率、保证医疗质量、提供满意的医疗服务的目的。

住院诊疗管理是指对入院接受诊疗的病人提供良好的医疗服务，实行以病房管理为中心的全过程管理活动，包括对住院诊疗组织结构的设计、医疗质量的监控、医务人员实施诊疗活动行为规范、诊疗技术的应用管理、规划提高住院诊疗整体水平的目标管理等。

住院诊疗管理就是通常所说的病房管理，由于病房的性质、病情严重程度、住院时间长短不同，因此管理的侧重点不同，但基本要求是相同的，即对新入院病人要按照诊疗程序严格全面地进行，对危重和疑难病人要进行重点监控管理，要为所有住院病人创造尽可能良好

的诊疗和休养环境，要对每位出院病人（或者死亡病例）进行医疗服务质量的评价。

2．意义

（1）住院诊疗管理水平是医院服务能级的一项重要标志

病人诊治效果的转归，医院技术水平和医疗质量的高低，医院的信誉和社会信任度主要源于住院诊疗管理。有效的住院诊疗管理可提高服务工作效率、医疗技术水平，合理消耗医疗资源，因此住院诊疗管理水平是医院服务能级的一项重要标志。

（2）住院诊疗管理是发挥医院功能的中心环节，是医疗质量的基本保证

住院诊疗质量不仅是医疗质量的集中体现，也是医院整体工作的基础。门诊与住院诊疗是医院医疗工作的两大组成部分，住院诊疗主要是对病人进行连续、系统诊疗，管理难度大，复杂性高，技术性强，并且涉及医院的各个科室及各部门。住院诊疗管理应充分发挥中心环节的作用，带动全面工作，为医院的优质医疗服务提供保障。

（3）住院诊疗管理是医院整体医疗水平的保障

病房是医院实施诊疗工作的主要场所，不仅为住院病人提供诊疗服务，而且为门、急诊工作提供坚实的后盾。危、重病人要监护、抢救，需要通过住院诊疗管理来协调临床、医技科室的工作使之紧密配合，发挥医院整体医疗功能，才能使病人得到及时、有效、合理的诊疗服务。

3．特点

（1）以病房管理为中心涉及多学科多部门的协作

住院诊疗是在医院内特定的环境条件下，为达到最佳医疗服务效果所实现的组织管理行为。住院诊疗的主要场所在病房，所以住院治疗管理应以病房管理为中心，同时病人的管理组织、病房环境气氛、严格地预防院内感染以及设备、维修、后勤供应等都与病房活动息息相关。住院治疗管理是以病房管理为中心的系统工程。

（2）以三级医生结构为核心，医疗业务活动为重点的管理体系

住院诊疗中医生相对固定，由三级医生结构组成，三级医生相互间提供一系列的服务。只有加强纵向横向协调，加强对住院诊疗工作系统管理，才能保证病人得到及时的、全面的、优质的医疗服务。

（3）医疗功能的连续性、协同性、系统性、综合性

住院诊疗服务是综合性的，包括医学服务和生活服务的综合。就诊疗来说包括医疗、护理、医技、心理和营养等方面的服务；就生活服务来说，包括饮食、清洁卫生等。住院诊疗服务的综合性带来住院诊疗工作的协同性，综合服务有赖于各种专业人员的共同协作和支持配合。

对住院病人的诊疗包括诊断、治疗、康复三个过程。医院必须向住院病人提供一系列的服务，只有加强纵向横向协调，加强对住院诊疗工作系统管理，才能保证病人得到及时的、全面的、优质的医疗服务。

（4）信息量大，内容丰富，反馈调节作用明显

住院诊疗中有各种医疗方案，措施、效果、数据、信息量大，内容丰富。因此要求管理者必须随时收集反馈信息，及时调控并指导纠正行为的偏离。

13.3.2　住院诊疗的组织和任务

1．住院诊疗的组织

住院诊疗组织是指对入院病人实施诊疗活动，发挥诊疗功能的组织设置及医疗技术人员能级机构方式。我国综合性医院的住院诊疗组织通常由联络组织、中心组织、支持组织三部分组成。联络组织的工作由住院处完成，负责门、急诊与住院诊疗的联系，办理病人出、入院，安排调整病位，住院经济核算，协调解决住院中遇到的各项事务问题。中心组织由接纳病人住院并从事诊疗活动的病房组织及与诊疗活动直接相关的医疗技术科室组成，支持组织主要为住院诊疗活动正常进行提供药品、器械、设备、后勤生活供应等。

病房是运行系统的中心，诊疗组织的基层单位，由病房单元组成。每个病房单元一般设30～50 张病床，一个护理单元可分数个护理小组，根据拥有的主治医生可分为一到数个由医生组成的医疗小组。每个病房设 l～2 名护士长，有一名以上的主治医生，科主任指定一位主治医生为该病房负责人，负责领导本病房的行政业务工作。实行科主任、科护士长领导下的主治医生、护士长分工负责制。

2．住院诊疗的任务

（1）为住院病人提供良好的诊疗条件和环境

除了为住院病人提供相应的诊疗服务，还要为住院病人提供良好的生活服务。为住院病人提供良好的诊疗条件和环境包括 3 个方面：为病人创造安静、舒适、整洁、安全的住院环境条件；为病人提供各种生活照料及其相应的特殊服务；做好病人的心理治疗和咨询，使病人保持良好的心理状态，积极接受和配合各种诊疗工作。

（2）为住院病人提供优质的诊疗服务

发挥三级医生负责制为核心的组织效能，不断提高诊疗质量和技术水平，为病人提供及时的、连续的、系统的、规范的、优质的诊疗服务，医院的主要医务人员的各种医疗服务主要集中在住院诊疗工作中，医院的行政后勤服务更加落实在住院诊疗工作中，为住院病人提供优质的诊疗服务是医院工作最根本、核心的任务。

（3）为医务人员和医学生提供临床实践场所

住院诊疗工作是为医学生提供临床实习和为进修医生提供学习深造机会的场所，同时也是医务人员提高临床实习和为进修医生提高临床技术水平的载体，医学水平、医疗质量的提高离不开对病人的奉献。

（4）为开展临床科研提供重要基地

临床科研成果主要通过住院诊疗来取得，而且也只有通过开展临床科研工作才能保证住院诊疗工作的质量和促进病房工作管理水平的提高。

13.3.3 住院诊疗的业务管理

住院诊疗的业务工作包括检诊、查房、会诊、病例讨论、计划诊疗、病历书写、晨会、值班制度、随访及其他内容。住院诊疗的管理就是通过组织、协调、指导、控制、把各项内容及其程序有机连接起来，使住院诊疗工作形成一个有效的整体，达到质量最优化。

（1）检诊

检诊是医疗决策的首要环节，检诊的内容包括采集病史、体格检查、常规检查和特殊检查，检诊的程序如下：

① 病人到病房后，护士迅速安置床位，简单询问病情，进行一般的生命体征的检查，向病人介绍入院的有关事项，并通知主管住院医师接诊。

② 主管住院医师及时对病人进行检诊。做出初步诊断，及时下达长期医嘱和临时医嘱。

（2）查房

查房是病房最基本、最重要的医疗活动，是提高医疗质量的重要环节，也是培养下级医护人员的重要手段，必须严格执行。查房的方式包括晨间查房、午后查房、夜间查房、急危重病人的查房和教学查房。

晨间查房分为住院医师、主治医师和主任医师查房。住院医师每天对所分管病人晨间查房一次，主治医师、主任医师每周定期查房。对所分管病房的新入院病人、急危重病人及诊断不明确、治疗效果不好的病人要重点查房——主治医师每周 2～3 次，主任医师每周至少 1 次。

午后查房主要是住院医师对自己所分管的病人进行重点巡视。观察重、危、疑难、发烧、待查、新入院及手术后病人的病情变化，检查当天医嘱执行情况及疗效，同时做好对夜班医师交代危重病人需要观察治疗的准备。

夜间查房是夜班医师对一般病人的夜间巡诊和对重危病人所进行的连续诊查工作；急危重病人病房可根据病情需要每日进行数次；对实习和进修医生、护士可专门安排主要为教学目的的查房。

（3）会诊与病例讨论

会诊是发挥医院各学科优势，发挥医院整体功能，发挥医务人员集体智慧重点解决疑难危难病人和特殊医疗对象的诊断和治疗的一种重要方法和有效形式。会诊的方式包括科内会诊、科间会诊、全院会诊、院外会诊、急诊会诊和院内外大会诊。

病例讨论既是住院诊疗管理的一种重要形式，又是住院诊疗管理的一项重要制度。根据临床医疗和教学安排需要，病例讨论可分为疑难病例讨沦、术前病例讨论、出院病例讨论，死亡病例讨论和临床病理讨论。

（4）治疗

临床治疗的范围较广，主要包括药物治疗、手术治疗、物理治疗、放射治疗等多种，通常由医师和护士分工协同进行。无论何种治疗方法都必须按医师的指令即医嘱执行——病房诊疗工作通常是以医嘱形式来实现的。医嘱分为长期医嘱、临时医嘱和备用医嘱。医嘱直接关系诊疗质量，甚至关系到病人生命安危，因此必须认真执行医嘱制度。

（5）病历书写

病历是记载病人的疾病发生、发展及其转归的医疗记录，是临床医师根据对病人进行的问诊检查后所收集到的病情资料加以归纳、整理后书面写成的记录。病历书写对诊疗质量具有重要意义，表现在由于完整的病历是临床医师对诊疗工作的全面记录和总结，因此它是保证正确诊断和制定合理的治疗和预防措施的重要依据，是进行教学和科研工作的基本资料，也是医院信息管理最重要、最基本的资料。

对病历书写的基本要求是真实完整，文字精练，字迹清晰，科学性强，表达准确，标点符号运用正确，层次分明，重点突出，关键性情节因果关系交代清楚，及时完成，计量单位标准。

病历质量评审要实行三级监督检查制度，一级自我监督是以诊疗小组为单位，主治医师通过查房对病案及时修正并按标准评估，出院时作总评分；二级评审由诊疗单元主任医师全面评价；三级评审由院指定病案管理专家专审。

（6）晨会与值班制度

晨会是医护人员交流诊疗信息、保持诊疗环节连续性进行的医务组织形式，属病房工作例会。由病房负责人主持，全体人员参加，通常由值班医护人员报告病人流动情况、重危及手术病例、接受特殊检查前后病情变化及值班时间内病人情况，对需要立即解决的问题当场决定，每周利用一次晨会传达上级指示，晨会应有记录，时间一般不超过 20 分钟。

值班制度是在夜间、节假日及集体学习、劳动和会议等时间，设值班医护人员履行巡视病房，完成新入院、危重病人及急诊会诊医疗诊断任务和急症手术。遇到重大问题及复杂疑难问题需立即解决，及时向上级请求报告，并写好病历及病程记录。

（7）随访

随访是住院诊疗工作的延续，是开展家庭医学，进行全面综合性医疗服务的途径，应引起重视并成为制度。现阶段随访任务主要是使重点疾病、重点人群延续治疗，建立家庭医疗服务网络。

13.3.4　住院诊疗质量管理

1. 病区医疗质量标准化相关概念

（1）标准

标准是对可重复性事物和概念所做的统一规定。它以科学技术和实践经验的综合成果为

基础。经有关方面协商一致，由主管机构批准，以特定形式发布，作为共同的准则和依据。

（2）标准化

即在经济、技术、科学及管理等社会实践中，对重复性事物和概念通过制定、发布、贯彻、实施和修订标准，达到统一有序，以获得最佳秩序和社会效益的有组织的活动过程。显然，标准化是一个相对的概念，是标准和非标准相互转化的动态过程，是一个不断更新、提高、循环而且螺旋上升的过程。标准化作为标准体系需实现全面化、系统化，而由非标准向标准转化必须实现科学化、定量化。

（3）标准化管理

标准化管理是现代化科学管理的一种重要方法，指职能部门人员对机构工作项目按照标准进行计划、组织、协调、控制等管理行为，也是标准制定、发布、实施、监督、修订的反复螺旋式上升过程。

（4）质量管理

ISO 9000:2000 把质量策划、质量控制、质量保证和质量改进均作为质量管理的一部分，同时分别定义：

① 质量策划——致力于制定质量目标，并规定必要作业过程和相关资源，实现质量目标。

② 质量控制——致力于满足质量要求。

③ 质量保证——致力于提供满足要求的信任。

④ 质量改进——致力于增强满足质量要求的能力。

2. 病区医疗质量体系

（1）接照病区管理的对象性质划分

接照病区管理的对象性质划分为医疗技术标准、医疗管理标准和质量评价标准。

（2）根据病区医疗质量管理结构划分

根据病区医疗质量管理结构划分以下几种。

① 基础标准：指构成病区管理要素的标准，如人力、设备配置、技术质量、时间、计量单位及共同的技术语言等。

② 工作标准：指基础标准应用于病区各项工作之中，以达到管理目标的要求或制度，如病区工作区制度、值班制度、工作人员职责等。

③ 考核标准：指依照病区医疗质量标准化要求，对各项工作是否按标准指标进行考核及奖惩的标准。

（3）根据标准的权限、适用范围划分

根据标准的权限、适用范围划分为以下几种。

① 国际标准：国际标准主要为国际疾病分类标准、ISO 9000 族国际标准等，如世界卫生组织制定的标准。

② 国家或部颁标准、军队标准：包括若干卫生标准、医院分级管理标准等。

③ 地方标准：各省市关于医院评优分级的管理标准。

④ 医院标准：医院标准则更为细化、全面、针对性强，如病种管理标准等。

（4）按照管理功能和作用划分

按照管理功能和作用划分为目标判定标准、控制标准、措施实施标准和评价标准。

3．病区医疗技术管理常用标准

（1）医疗技术标准

医疗技术标准是对医疗技术活动中需要统一协调的事物制定的准则。医疗技术标准按结构划分包括以下 5 种。

① 基础标准：如统一的计量单位、技术语言等；

② 原则标准：指各种疾病的诊疗、护理常规及疾病转归判定标准等；

③ 操作标准：指各种临床操作、手术及特别护理技术操作常规；

④ 质量标准：指反映诊疗质量、效率和疾病转归的各类标准；

⑤ 安全、卫生、防护等保护标准。

医疗技术标准按功能划分，分为以下 2 种。

① 医疗技术方法标准：指医疗技术活动中的原则规定。包括疾病的诊断标准、治疗原则、疾病转归判定标准、病历书写规范、处方书写规范及护理常规等。

② 医疗技术操作标准：或称为医疗技术操作常规，系指实际的技术操作程序和要求。包括一般诊疗技术操作常规、专科诊疗技术操作常规、手术操作常规、特别护理技术操作常规等。

（2）医疗质量管理标准

是指病区质量管理体制活动中，为行使其计划、组织、协调、监督、控制等职能而制定的标准，是病区各部门管理行为的准则。

医疗质量管理标准按结构划分包括以下 3 种。

① 基础标准：如组织、人员、医疗、设备等管理；

② 工作标准：指各种病区工作条例、制度等；

③ 考评奖惩标准：指各种检查、考核制度、奖惩办法等。

医疗质量管理标准按功能分为以下 3 种。

① 医疗质量措施实施标准：是指对各部门、岗位和个人职责的规定，主要表现形式有岗位责任制、规章制度和技术操作规范等；

② 医疗质量判定标准：指判定某种技术质量的统一规范，是质控和质检的前提和基础，包括疾病诊断、治愈、好转标准、医院内感染分类诊断标准等；

③ 医疗质量控制标准：可分为绝对控制标准和警戒性控制标准。

（3）病区医疗质量评价标准

是指为了病区质量管理的需要，用以检查评价工作质量和医疗质量的标准，主要为各项质量指标。医疗评价（medical audit）是比较经典的医疗质量控制方法，一般由评价指标体系构成，评价指标应具有代表性、确定性、有效性、独立性和区别性。评价指标包括病例评价指标和统计评价指标。前者是对个案的典型评价，有具体的质量要求；后者注重病例评价和统计分析相结合。

病区医疗质量评价标准可以是单项评价标准，如医疗、护理质量、效率等；也可以是综合评价标准，如社会效益和经济效益综合评价等。完善的医疗质量评价指标体系应该是定性评价和定量评价的有机结合。现行的医疗评价以终末质量评价与反馈为主，是事后的质量检查和评价方法，可以从一定的角度和层面对医疗质量进行分析、评价，但无法事先预防质量缺陷的产生，从而直接保证医疗质量，它只能对所评价病区的医疗工作起到促进作用。

13.4 重点病人诊疗管理

加强监护（Intensive Care）是近四十年来在医学科学领域中逐渐形成的一门新兴学科，已经成为一个独立的医疗新领域。加强监护病房（Incentive Care Unit，ICU）也在医院中逐渐建立。国内外已把 ICU 的建立，包括床位数占医院总床位数的比例、设备完善度、人员素质以及抢救效果等方面作为判断一个医院的医疗功能分化程度与总体技术水平的重要标志之一。随着生物医学工程产品的不断更新，各种先进监护仪器、高新尖生命支持装置与技术的广泛应用，以及 ICU 内医护与技术人员的经验积累和素质的提高，各类危重病人的治愈率大大提高，死亡率和病残率有了显著的降低。

13.4.1 ICU简介

ICU 是把需要特别诊疗和护理的急重危病人，集中在一个专治的病区或病室，采用专门的诊疗技术和仪器设备，实施加强诊疗，加强诊疗护理和监视的一种过渡性诊疗组织形式。

ICU 的出现始于对呼吸衰竭的集中治疗和护理，1952 年夏季，丹麦首都哥本哈根发生脊髓灰质炎的流行，造成很多病人死于呼吸衰竭。为了降低死亡率，把病人集中在一个病区，通过气管切开保持呼吸道畅通并进行肺部人工通气，这种方式使得抢救病人获得成功，也使得医生意识到加强监护和治疗的重要性。以此为雏形建立了呼吸加强监护病房。

20 世纪 50 年代，体外循环下心内直视手术的成功应用于临床与推广，以及缺血心肌再血管化的开展，为现代 ICU 的建立提供了客观需要。1957 年，美国曼彻斯特纪念医院分级管理制度正式开始试行，ICU 应运而生。20 世纪 60 年代，由于电子工业的飞速发展，监护仪器和新诊断设备的问世，加上临床分科越来越细，各种 ICU 相继建立，如冠心病加强监护病房（CCU），心肺监护病房（CPICU）等。

ICU 的类型有以下几种。

① 重症集体监护病房。综合性质的监护病房，收容对象为经过集中抢救、治疗有可能恢复的各种急重症病人，如有休克、外伤、心、呼吸、肾衰竭等的重症病人以及大手术、新开展手术后早期的病人等，当病情缓解后，可转入普通病房。

② 冠心病监护病房（Coronary Care Unit，CCU）。收容心肌梗死急性期或心肌梗死先兆心律失常等病人。

③ 麻醉及术后监护病房。大手术、新开展手术的病人，在术后几天内可在术后复苏室集中治疗、护理。当停止补液，拔掉胃管或已脱离危险时可返回原病房。

④ 新生儿监护病房（NICU）。收容新生儿急重症病人，包括早产儿、甚至胎儿的监护。

⑤ 肾透析病房（MOCU）。收容肾衰竭病人或肾移植病人做血透析，急性肾衰竭病人在肾透析病房治疗效果好。

⑥ 其他监护病房。包括呼吸监护病房、神经监护病房、创伤监护病房、烧伤监护病房等各类型的监护病房。

13.4.2　ICU设计

（1）ICU 选址

ICU 的病人 50%为重大手术后由各手术科室转入的病人，其余病人来自急诊、其他各科或直接从院外转入，故 ICU 的地址选在全院较中心的位置并与麻醉科及并手术科室相近。为便于抢救，其位置尚须靠近血库及其他相关科室，并在各通道标上醒目的指示牌。

（2）ICU 的规模

国外 200 张床位以上的医院常设 ICU。ICU 的床位数一般占总床位数的 1%～2%，也有一些重点医院或急救工作量大的医院 ICU 的床位数可达 6%。一些综合性大医院由于专科力量强而设置各专科的 ICU，ICU 的床位数达 10%～20%。我国目前尚无统一标准，按最新版医院分级管理标准，三级医院至少具有 4 张床位以上的 ICU。

（3）ICU 的平面布局

常见圆形、长方形或 U 形布局，现更趋向于大病房，室内用大平板透明玻璃分隔为半封闭单元。ICU 的平面布局要求达到：从中心监护台能观察到所有病人；病房排列宽敞，便于抢救；内分清洁区和非清洁区；有固定放置药物、仪器及其他医疗用品的场所。

13.4.3　ICU管理

（1）ICU 的组织机构

综合性 ICU 在院长领导下，实行科主任负责制，由科主任全盘负责全室医疗行政工作，主治医师带领住院医师分级管理病人的医疗。护士长在科主任领导下，主管护理工作，监督护士执行医师下达的医嘱，检查 ICU 规章制度的落实。

（2）ICU 工作人员的编制

在我国，原则上 ICU 应作为一个独立的科室。ICU 人员编制设主任医师或副主任医师 1 名，主治医师 2～3 名，住院医师 5～7 名，各级医师总数与 ICU 总床位数之比为 1.5∶1～2∶1，护士总人数与总床位数之比为 3∶1～4∶1，同时还应配备一定数量的工程技术人员和护理人员、勤杂人员。

（3）ICU 工作人员的职责

ICU 的工作人员职责如图 13-3 所示，主要职位的职责如下。

主治医师：提出诊治要点，对诊断、治疗、医嘱提出修正和补充，指导住院医师工作、教学、科研。

住院医师：询问病情，体格检查，做出诊断，下达医嘱，完成医疗文件，实施特殊操作进修；

进修生、实习医生：协助医院医师工作；

护士长：全面管理护理工作；

主班护士：开放各种注射液，安放管道，监护生命体征，采集检验标本，完成监护记录；

副班护士：安放体位，连接监护电极，接好呼吸机管道，协助主班护士等；

治疗护士：准备实施治疗，药品管理，治疗室准备等；

办公室护士：完成护理文件，对外联系，物质补给和保管。

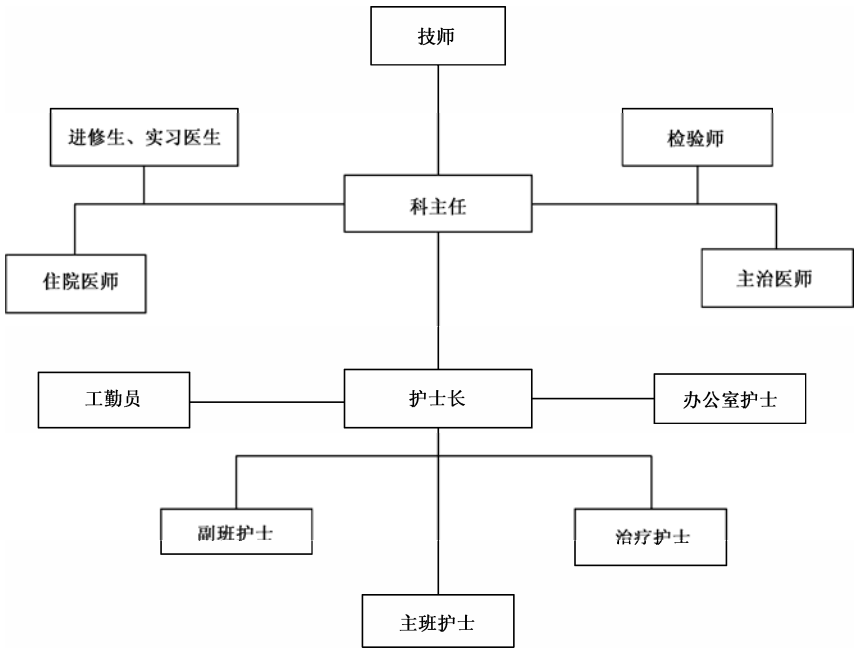


图13-3　ICU组织机构与各级人员职责示意

（4）业务管理

ICU 的业务管理包括以下几个方面。

① 制定监护病房病人的入室、离室标准。

② 建立一套严格的工作制度。监护病房同其他病房相比，具有更急、多变、复杂的特点，因此要有严格的各种岗位责任制、交接班制度，抢救操作程序等一系列的制度，以保证病房的医疗业务环节正常运作。

③ 严格执行消毒制度。监护病房的病人多有插入性导管和气管切开，加上病人的免疫防御功能低，感染的可能性很大，因此要求严格执行消毒隔离和感染管理。

13.5　急诊管理

急诊医学是随着现代医学的发展而逐步发展起来的新兴独立学科，急诊工作质量是反映医院医疗质量的重要标志，也是一个地区和国家的医疗技术和科学管理水平的标志之一，直接影响医院在社会中的地位和声誉。

随着医学科学事业的发展和人民生活水平的提高，人们对急诊工作提出了更高的要求。因此，加强急诊管理，提高急诊质量，积极探索适合我国国情的急诊管理体制是摆在医院管理工作者面前的重要课题。急诊管理是以提高急诊质量为核心，对急诊工作的各个环节进行组织和控制，不断提高急诊工作效率和抢救成功率的管理活动。

13.5.1　急诊科介绍

急诊医学（Emergency Medic）是随着现代医学的发展而逐步发展起来的新兴独立学科。急诊急救在日常医疗实践中占有极其重要的地位，它不仅涉及医院内急救，还涉及院前急救，如把急救医疗措施迅速送到事故现场的危重病人身边，经过初步急救处理，再把病人安全地转送到医院内进一步救治。我国急诊医学发展起步较晚，20 世纪 50 年代中期开始，直至“文革”结束后，具有真正意义上的急诊医学才进入一个全新的发展时期。

1980 年，国家卫生部颁发“加强城市急诊工作”的指示。1983 年又在反复讨论、修改的基础上，颁布了“城市医院急诊室（科）建立方案”，规定了急诊室（科）的任务，急诊医疗工作的方向、组织和管理以及急诊工作的规章制度，有效地促进了急诊医学在国内的兴起与发展。全国各大中城市医院纷纷成立急诊科，加强了急诊的领导和管理，并增派高年资医师从事急诊工作。

1985 年，国务院学位评定委员会批准在中国协和医科大学附属北京协和医院设立“急诊医学”硕士研究生点。1987 年 5 月，经中华医学会批准正式成立了“中华医学会急诊医学分会”。从此，急诊医学在我国被正式承认为一门独立的医学学科。

20 世纪 90 年代以来，随着我国经济实力的增强和全社会对急诊医学重要性认识水平的

提高，许多医院急诊科的装备得到了更新和充实，工作条件和环境得到了明显改善。与此同时，加强了对急诊医学人才的培养。目前，许多国家建立急诊医疗服务体系（emergency medical service system，EMSS）。我国北京、上海和重庆等一批大、中城市中，普遍设立了 120 急诊呼救电话，EMSS 从无到有，正逐步得到加强和完善。

13.5.2 急诊科任务和范围

（1）任务

治疗各类急性病及慢性病急性发作，依据不同病情经诊治后对病人做出回家、留院观察或收入急诊病房、ICU 的决定；对急诊专业医生及来急诊科轮转的医生进行培训；培训急诊专业护士；开展有关急性病发病机制、早期诊断及有效治疗方法的研究，重点是开展复苏、休克、多系统和器官衰竭的研究；结合急诊临床改进或研制有关医疗仪器和设备。

（2）范围

急诊科范围为：急性发热性疾病，有明显症状或痛苦，体温在 38 摄氏度（腋下）以上者；严重喘息、呼吸困难者、各种急性出血者；各种心脏疾患；严重高血压或血压波动剧烈者，各种急性脑血管病；各种急性出血；各种急性炎症；昏迷；急性泌尿系统疾患、尿闭、血尿和急性肾衰竭；急腹症、休克、急性外伤、烧伤、急性中毒；意外事故；各种溺水、自杀、急产、难产、流产及产后大出血等。

（3）急诊的病谱选择

“无条件的急诊就诊”一方面造成了有限急诊资源的极大浪费，同时也增加了医患之间的矛盾，最终影响服务质量。另外，随着医疗技术水平的不断提高，使得一些无质量的生命无限制地延长，一方面造成卫生资源浪费，另一方面，由于人力物力的有限，影响了对于那些有抢救价值的生命的挽救。随着生活水平的不断提高，观念的不断更新，人们更加注重生命的质量。如何使卫生资源得到合理的分配，使社会人口质量得到保证，需要医学、法律及社会等领域的工作者共同研究，不断总结和探索。应在抢救工作中掌握的原则是：公正地使用和分配卫生资源，医务人员的行为应符合个人、社会及子孙后代的利益。

13.5.3 急诊科工作特点

（1）时间性强

急诊患者大多发病急骤、病情突变或遭受意外事故伤害等对生命具有严重危害威胁的病症，因此要及时抢救、有效救治、尽力挽救患者的生命。为实施有效的院前急救，通信系统应 24 小时有人值守，并连续运转，与政府的电信部门建立紧急查询的机制，车辆要随时保持待发状态。

（2）随机性大

急诊患者的人数、病种、来诊时间、来诊方式、危重程度都是难以预料的，尤其是遇到

突发事件，如车祸、地震等情况，患者随机性更大，并通常是集体就诊，要求急诊科要随时做好充分应急准备，完善各种诊疗常规，健全管理，完备各种器械。

（3）病种涉及面广

我国目前实行“无限制性急诊”，所以急诊患者病种不但广而且杂，急诊患者尤其是遭受意外事故伤害的患者往往需要多个科室的共同抢救，所以急诊工作特别强调团结协作。

（4）要求急救人员具有高度的责任心，精湛的技术水平和强健的体力

对于专职急救人员应有专门严格的急救训练。从观察伤情、判断处理到固定搬运的每一个细节都应十分规范，这样才能保证人员在混乱的灾难现场，沉着熟练地按医学程序进行有条不紊的抢救。此外，急救人员应有严格的纪律和职业道德。

13.5.4　急诊科管理体制和设置

综合医院急诊科应实行分科急诊，必须有内科、外科和小儿科这三个基本的专业设置。其他未设专业的专科医生必须做到随叫随到，保证 24 小时应诊，对重症病人集中抢救、监护和观察。急诊科的设置有以下两种。

一种是把急诊工作作为医院门诊的一部分，在门诊部内设急救室，属于门诊部管理。急诊室的管理是由一名门诊部副主任或主任主管急诊工作，医院成立急诊领导小组，由医务处、门诊部、急诊室护士长、各临床科室主任或副主任组成。

另一种是与门诊部并列的急诊科。有时为加强急诊工作的开展，设立急救中心。一般一级医院设急救室，二级以上综合医院设急诊科。急诊科直属副院长或院长管理，实行科主任负责制，通常由具有较高急诊医学业务能力和一定管理能力的专业人员担任。

急诊科应根据需要建有以下科室。

① 急诊诊室。急诊科应设置急诊诊室，分设内科、外科、妇产科、儿科、神经内科、耳鼻喉科等专科诊室。急诊病人较多的内科、外科、神经内科、小儿科有专科急诊医生 24 小时坐班，其他专科有急诊医生值班。

② 抢救室。内设多功能抢救床 2～3 张。抢救室应宽敞、明亮，各种抢救药品器械齐全，放置合理，便于抢救使用。

③ 手术室。完成一般的清创缝合等手术。

④ 监护室。由专职的医生护士随时观察重症病人生命体征的变化，做到危重病人集中观察，各种抢救药品、器械集中，有利于危重病人的治疗和抢救。

⑤ 观察室。分设内科、外科观察室。

急诊科应形成一个独立区域，标志醒目，方便就诊，夜间要有急诊科灯光标志。急诊科一般设置在门诊部的一侧，靠近公路及临街，入口处有足够的空地，有回车道，便于救护车停靠及重伤病员直达抢救室，以方便急诊病人就诊和最大限度地缩短就诊前的时间。急诊科布局要求减少交叉穿行和往返，并有轮椅及平推车供急诊病人随时使用。儿科急诊应单设，

以防止交叉感染。

13.5.5 院前急救

广义的院前急救是指病人在发病或受伤时，由医务人员或目击者对其进行必要的急教，以维持生命体征和减轻痛苦的活动和行为的总称。狭义的院前急救指由通讯、运输和医疗基本要素所构成的专业急救机构，对危重及创伤病人的现场急救和运送途中的继续救治。

急救中心的宗旨是在医院和病人之间建立真正的绿色生命之桥，它的任务是院前急救，急救的对象为因突发疾病或伤害，需立即进行救治，否则可危及生命或使病人器官功能丧失而致残的伤病员。急救中心保证了危重病人的院前抢救。

院前急救具有社会性强、随机性强、时间紧急和流动性大、环境条件差、病种多样复杂、只能以对症治疗为主，救护人员工作时体力消耗强度大等特点。一有呼救必须立即出车，到现场必须迅速抢救。不管是危重病人还是急诊病人，几乎都是急性病或慢性病急性发作，必须充分体现“时间就是生命”的理念，紧急处理，不容迟缓。紧急还表现在不少病人及其亲属心理上的焦急和恐惧，要求迅速送往医院的心情十分迫切，即使无生命危险的急诊病人也不例外。

1．院前急救的内容

院前急救在现场和途中进行，其医疗和抢救不能完全用医院的各种医疗常规来要求。搬运和运输是院前急救不可分割的组成部分，也是院前急救的重要内容。

（1）现场急救

现场急救包括在家庭、工厂、农村、街道以及交通事故现场等所有出事地点对病人的初步救护，这是我国当前医疗救护中最为薄弱的环节，其关键问题是要大力进行急救知识普及训练。

（2）搬运

经过初步现场处理后，必须把伤病人及时转送到合适的医院进行进一步急救处理。在转送过程中，搬运做得及时、正确不仅可减少病人的痛苦，还有利于防止造成新的损伤而导致残疾或死亡。

（3）监护运送

现代急救医学改变了过去认为运送急诊病人是交通部门或医务人员的事，而把医疗急救运送看作是院前急救的重要组成部分。

2．院前急救的组织形式

我国的院前急救形式大致分为三种形式。

（1）广州模式

广州模式是由市急救指挥中心负责调度，以若干个医院急诊科为中心，实行分区域、分

科负责急救工作的模式。该市急救指挥中心成立于 1990 年，将全市划分为 25 个片，指挥中心与各片医院无直接行政隶属关系，负责调度指挥、与其他系统如公安的联络协作、急救情报收集和群众性急救知识培养。医院接受指挥中心调度，接通知后派车并配备医护人员赴现场急救并将病人运送回本院急救。

（2）重庆模式

市救护中心站与市四院急诊科合并为市医疗急救中心。

（3）上海模式

由医疗急救中心及其所属分站与市内一些医院紧密协助的模式，即分站设在区、县中心医院，通过中心站调度后由分站派车到现场急救，将病人送到分站所在医院或到病人特约劳保医院继续救护。

3．院前急救的管理

院前急救目前尚存在的主要问题是：

（1）急诊急救网络不全

目前虽然在一些大、中城市中已经建立起急救中心或相应的救护指挥中心，开通了 120 呼救电话专线，但呼救反应时间仍然较长，抢救半径过大；区域性的乃至全国统一的急救网络尚未建成，以致一些重大抢救在医务人员、药品和器材的训配上，仍然存在着依赖于“运气”的被动局面。此外，中、小城镇的急诊急救机构也远未得到规范与完善。

（2）装备不好

相当一部分医院用于急救的救护车状态不良，抢救器械陈旧或不全，无通信设备，致使呼救反应时间延长或使院前抢救流于形式。

（3）宣传不够

公众对急诊医学服务体系及急救常识所知甚少。新近的调查资料显示，上海约有半数的公众不知 120 为医疗呼救电话，59.5%的人不知道“心肺复苏”这个名称。

4．有效的院前急救管理

为了有效地实施院前急救，必须掌握院前急救的全流程各组成要素的特点，有针对性地进行管理，才能保证院前急救工作的组织指挥顺畅，救治迅速有效。

（1）通信指挥系统

为了实施有效的院前急救，建立完善的通讯指挥系统是首要的基础工作。通信系统必须 24 小时有人值守连续运转，并与政府的电信部门建立紧急查询的机制。车载、机载通信设备应具有较强的抗干扰性和带宽。院前急救的通信系统还应与医院或相关机构保持通畅的直达联系网络。

（2）急救车辆和车载急救设施

车辆必须保持随时待发的良好状态，应有空调和保暖装置。车载急救设备应包括氧气输入、复苏、辅助呼吸、除颤、运输工具、骨折固定器械、产妇器械、照明设备及各类急救、

护理器具，包括便盆、尿壶、厕纸、呕吐袋都应备全。并且要建立严格的逐日清点和检查制度。

（3）急救人员的训练

在我国的一些地区存在着很大的误区，混淆了急救车上的急救人员与医生、护士，急救车上的急救人员不等同于医生、护士这两类人员。对于专职急救人员应该有专门严格的急救训练，从观察伤情，判断处理到固定搬运的每一个细节都应十分规范，这样才能保证人员在混乱的灾难现场，沉着熟练地按医学程序进行有条不紊的抢救。此外，急救人员应按规定着装，有着严格的纪律和职业道德。香港特区急救人员一律着制服，并有明显的衔级标识，这有利于鼓舞团队士气，便于大型灾难现场的组织指挥。

（4）急救工作要适应本地区伤病员特点

院前救护的设备、人员专业知识、药品器材种类要适应地区的特点。例如，上海地区1991—1995 年的院前急救 467 674 例病人中，病种前三位分别是外伤、脑血管病和心脏病，而院前死因前三位则是心脏病、呼吸道急诊、自杀与中毒。有的地区可能又会是另一番情况，这要求急救工作要针对本地区的特点经常做出相应的调整。

本章参考文献

1．陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003

2．曹建文．现代医院管理[M]．上海：复旦大学出版社，2003

3．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007

4．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999

5．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

6．张站地．对医院门诊质量管理的思考[J]．中国卫生质量管理，2000（1）：38～39

7．张宏雁等．住院诊疗质量实时控制研究[J]．中国医院，2002，6（2）：21～23

8．刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

9．张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007

第 14 章　社区卫生服务

14.1　社区卫生服务概述

14.1.1　社区卫生服务简介

社区卫生服务是社区建设的重要组成部分，是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下，以基层卫生机构为主体，全科医师为骨干，合理使用社区资源和适宜技术，以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向，以妇女、儿童、老年人、残疾人等为重点，以解决社区卫生问题、满足基本卫生服务需求为目的，融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育等为一体的，有效、经济、方便、综合的基层卫生服务。

几十年来，全科医疗与社区卫生服务在英国、美国、加拿大、澳大利亚、韩国及日本等许多国家得到迅速发展，有关社区卫生服务的组织机构与法律法规逐渐健全与完善，管理更加规范，功能不断拓展，形成许多具有本国特色的较为完善的社区卫生服务系统。社区卫生服务成为综合运用生物医学、行为医学和社会医学相关知识，为社区居民提供第一线的、综合的、连续的、合理的及个体化的基本医疗服务形式。

相比较于国外，国内社区卫生服务的产生及发展过程显得较为短暂。社区卫生服务的形式可以追溯到 20 世纪 60 年代曾经覆盖中国 85%的农村人口，被誉为“开创了发展中国家人口大国，较好解决了农村卫生问题的典范”的农村合作医疗制度。我国城乡基层保健站、综合门诊和乡村医生所提供的医疗服务，实质就是全科性医疗服务。

20 世纪 80 年代，一些国家和地区的社区卫生服务运作模式，特别是英国、美国以及中国香港的社区卫生服务对中国有一定的影响和触动。同时，一些基层医院的有识之士以医疗为切入点，方便群众，走出医院大门，改变坐堂行医的服务模式，办医疗点和流动医疗服务，并进行城市化社区医疗保健模式的探讨。但当时的政策尚未大力提倡这种服务形式。

20 世纪 80 年代末，学术界开始系统从国外引进全科医学理论。1988 年，卫生部科教司（当时的教育司）、首都医科大学（原首都医学院）等机构领导接受了全科家庭医学的国际学术组织关于在我国开展全科医疗的建议。1989 年，全科医师培训中心在首都医科大学成立。1984 年，北京东城区朝阳门医院就率先进行防保体制改革，在居民社区建立全科医疗站，提供家庭病床服务。全科医学研究也在全国迅速开展起来，为后来的社区卫生服务的发展做了理论铺垫。

政府在经历了社区卫生服务需求和理论评估后，开始明确倡导社区卫生服务的发展。

1997 年 1 月《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中做出“改革城市卫生服务体系，积极发展社区卫生服务，逐步形成功能合理、方便群众的卫生服务网络”的重要决策。1997 年年底，国家在济南召开了社区卫生服务工作会议，全面推开了我国社区卫生服务的序幕。1998 年 12 月，《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》对医疗机构改革与社区卫生服务的发展起到推动作用；1999 年 7 月，十部委联合在《关于发展城市社区卫生服务的若干意见》中提出发展社区卫生服务的总体目标，并规范了社区卫生服务的定义，在理论上集中了世界各发达国家社区卫生服务模式的优点，是最完善的服务模式。

2006 年 2 月，国务院出台《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》，明确了发展社区卫生服务的指导思想、基本原则、工作目标、工作方法和政策方针。在国家一系列相关政策的推动下，社区卫生服务在我国大中城市蓬勃开展起来，但是在政策、运行机制等诸多方面还需要一个持续完善的过程。

《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》（以下简称《决定》）中已明确指出：“城市大医院主要从事危急重症和疑难病症的诊疗，结合临床实践开展医学教育和科研工作，不断提高医学科技水平，还要开发适宜技术，指导和培养基层卫生人员。”《决定》将大医院和社区卫生服务体系工作明确定位，指出了新时期我国医疗卫生工作的方向。此后，国务院颁布《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，明确将“社区卫生服务中基本医疗服务项目纳入基本医疗保险范围”。为了贯彻两个文件的精神，国务院体改办等八部委联合颁布了《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》，进一步明确指出要“建立健全社区卫生服务组织、综合医院和专科医院合理分工的医疗服务体系”。这就是说，预防保健与社区卫生服务管理是任务之一。社区卫生服务与医院服务的区别见表 14-1。

表 14-1　社区卫生服务与医院服务比较表

项　　目	服 务 人 群	服 务 项 目	服 务 场 所	效益成本比
社区卫生服务	全部人群	“六位一体”服务	社区	高
医院服务	病人	诊疗	医院	低

14.1.2　社区卫生服务工作的意义

社区卫生服务的组织是医院开展三级预防的重要组织保证。医院建立相应的组织机构如预防保健科来负责这一工作的组织和实施，从事相应的院内、外预防保健工作，医院的医务科、门诊部、护理部等职能科室应积极配合和参与。医院可根据自身的人力、物力、设备等优势，建立慢性病防治科、社区保健科、全科医疗站等新型的预防保健组织，或利用现有的预防保健科、家庭病床科等组织开展慢性非传染病的防治工作，并要建立健全与基层单位协作的慢性病防治网络。社区卫生服务的意义主要有四点。

第一，社区卫生服务是提供基本卫生服务，满足人民群众日益增长的卫生服务需求，提

高人民健康水平的重要保障。社区卫生服务覆盖广泛、方便群众、能使广大群众获得基本卫生服务，也有利于满足群众日益增长的多样化卫生服务需求。社区卫生服务强调预防为主、防治结合，有利于将预防保健落实到社区、家庭和个人，提高人群健康水平。

第二，社区卫生服务是深化卫生改革，建立与社会主义市场经济体制相适应的城市卫生服务体系的重要基础。社区卫生服务可以将广大居民的多数基本健康问题解决在基层。积极发展社区卫生服务，有利于调整城市卫生服务体系的结构、功能、布局，提高效率，降低成本，形成以社区卫生服务机构为基础，大中型医院为医疗中心，预防、保健、健康教育等机构为预防、保健中心，适应社会主义初级阶段国情和社会主义市场经济体制的城市卫生服务体系新格局。

第三，社区卫生服务是建立城镇职工基本医疗保险制度的迫切要求。社区卫生服务可以为参保职工就近诊治一般常见病、多发病、慢性病，帮助参保职工合理利用大医院服务，并通过健康教育、预防保健，增进职工健康，减少发病，既保证基本医疗，又降低成本，符合“低水平、广覆盖”原则，对职工基本医疗保险制度长久稳定运行，起重要支撑作用。

第四，社区卫生服务是加强社会主义精神文明建设，密切党群干群关系，维护社会稳定的重要途径。社区卫生服务通过多种形式的服务为群众排忧解难，使社区卫生人员与广大居民建立起新型医患关系，有利于加强社会主义精神文明建设。积极开展社区卫生服务是为人民办好事、办实事的德政民心工程，充分体现全心全意为人民服务宗旨，有利于密切党群干群关系，维护社会稳定，促进国家长治久安。

14.2　社区卫生服务内容

从理论上说，社区卫生服务包括公共卫生服务、基层医疗保健服务和社区内的其他特需卫生服务，现阶段我国更强调公共卫生服务和基本医疗服务职能的开展。

14.2.1　社区卫生服务原则

发展社区卫生服务，要以邓小平理论为指导，坚持党的基本路线和基本方针，坚持新时期卫生工作方针，深化卫生改革，满足人民卫生服务需求，与经济社会发展相同步，构筑面向 21 世纪的、适应社会主义初级阶段国情和社会主义市场经济体制的现代化城市卫生服务体系。到 2000 年，基本完成社区卫生服务的试点和扩大试点工作，部分城市应基本建成社区卫生服务体系的框架；到 2005 年，各地基本建成社区卫生服务体系的框架，部分城市建成较为完善的社区卫生服务体系；到 2010 年，在全国范围内建成较为完善的社区卫生服务体系，成为卫生服务体系的重要组成部分，使城市居民能够享受到与经济社会发展水平相适应的卫生服务，提高人民健康水平。

发展社区卫生服务应遵循以下基本原则：

① 坚持为人民服务的宗旨。依据社区人群的需求，正确处理社会效益和经济效益的关系，把社会效益放在首位。

② 坚持政府领导，部门协同，社会参与，多方筹资，公有制为主导。

③ 坚持预防为主，综合服务，健康促进。

④ 坚持以区域卫生规划为指导。引进竞争机制，合理配置和充分利用现有卫生资源；努力提高卫生服务的可及性，做到低成本、广覆盖、高效益，方便群众。

⑤ 坚持社区卫生服务与社区发展相结合。保证社区卫生服务可持续发展。

⑥ 坚持实事求是。积极稳妥，循序渐进，因地制宜，分类指导，以点带面，逐步完善。

14.2.2 社区卫生服务对象

社区卫生服务以全人群为服务对象，不同人群的服务内容各有侧重。杨文秀教授等依据不同服务需求内容，将社区卫生服务对象区分为以下几类。

（1）健康人群

随着人们对健康的逐步认识和重视，健康人群将会成为社区卫生服务的主要对象。1948年 WHO 指出："健康不仅是没有疾病和虚弱现象，而且是一种躯体上、心理上和社会适应方面的完好状态。"20 世纪末兴起的安康运动（wellness movement）将健康评价范围扩大为躯体、社会、情绪、智能、心灵（精神）及环境 6 个维度。其中社会维度涉及人际关系、适应能力、行为方式，心灵维度涉及道德、信仰和理念等。

（2）亚健康人群

亚健康又称为次健康，是介于健康和疾病之间的中间状态，所以大多数人又将其称为第三状态。其特征是：虽然他们经身体检查没有任何疾病或明显的疾病，但呈现机体活力降低、反应能力减退、适应能力下降、工作效率低下等。据国际和国内调查表明，亚健康人群约占总人口的 60%，其中主要是中年群体，占 48%～50%。亚健康人群往往不被个人所意识，不为医学所确认，具有既可向疾病发展，又可向健康逆转的双向性和可逆性的特点。因此，亚健康人群应受社会的广泛关注，大力开发这一部分人群的健康需求，使他们得到及时的健康照顾，成为目前社区卫生服务的重要对象。

（3）高危人群

高危人群是指明显存在某些有害健康因素的人群，其疾病发生的概率明显高于其他人群。

① 高危家庭的成员。凡是具有以下任何一种或更多标志的家庭即为高危家庭：单亲家庭，吸毒、酗酒者家庭，精神病病人、残疾者、长期重病者家庭，功能失调濒于崩溃的家庭，受社会歧视的家庭。

② 存在明显危险因素的人群。危险因素是指在机体内、外环境中存在的与疾病发生、发展及病死有关的诱发因素。

（4）重点保健人群

重点保健人群是指由于各种原因需要在社区得到系统保健的人群，如儿童、妇女、老年人、疾病康复期人群及残疾人等需要特殊保健的人群。

（5）病人

患有各种疾病的病人，包括常见病病人、慢性病病人、需急救病人等。

14.2.3　社区卫生服务范围

为满足人民群众日益增长的多层次、多方面的需求，适当开放一部分医疗市场，允许开展一定的特需服务、高档服务等及未纳入基本医疗服务范畴的医疗与护理服务，例如，牙齿正畸与镶复服务，整形外科与美容服务，等等。从具体业务工作范畴说，社区卫生服务的范围包括预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术指导六位一体服务。社区医疗主要是运用社区医学、全科医学的理论、方法和技术，为社区居民提供全科式的基本医疗服务。

在这个意义上说，社区医疗主要是全科医疗，是具有社区卫生服务特色的服务内容。所谓全科医疗，是将全科/家庭医学理论应用于病人、家庭和社区照顾的一种基层医疗专业服务。相较于专科临床，它强调运用家庭动力学、人际关系、咨询以及心理治疗等方面的知识提供服务。全科医疗强调持续性、综合性、个体化，强调早期发现并处理疾患，强调预防疾病和维持健康，强调在社区场所对病人提供服务，并在必要时利用社区内、外的其他资源。其最大的特点是强调对服务对象的“长期负责式照顾”，并对其负有长期管理责任。现阶段我国根据卫生国情，要求社区医疗要以门诊为基础，利用适宜的中西医药及技术，主要解决社区居民的基本医疗问题，兼顾特色和特需医疗服务。

1．疾病筛检和健康检查

疾病筛检即疾病的普查普治，是指针对社会人群的有关疾病，专门组织的医学检查，并对检查出的疾病给予相应的治疗。通过疾病的普查可以找到危害人群的主要疾病，同时结合流行病学调查找出致病的危险因素，发现和证实病因，从而能早期诊断、治疗和采取预防措施。

疾病的普查可以是对社会某一特定人群进行全面系统的检查，如老年病、妇女病等的普查，也可以是根据工作或科研的需要，对某种疾病的普查普治，如在学校中进行龋齿、沙眼、近视等单一疾病的普查，为降低中风发病率而对一定年龄的人群开展的高血压普查普治等。因此，对健康人群进行普查，早期发现无症状患者是降低某种疾病发病率和死亡率的一项有效手段。因此，为了保证普查工作顺利开展和取得较好的效果，要切实做好普查的准备工作，制定普查的计划，明确普查的目的、任务和范围，决定人力、物力、财力和时间；对受检人群做好普查的宣传教育，讲明目的意义，并要争取当地有关领导部门的支持，以提高受检率；选择比较合理的普查方式，如采用深入基层或家庭的方式普查以方便群众，必要时也可以往医院的门诊分散进行；做好普查的总结工作，并进一步开展普治和随访工作，及时进行统计

分析，以不断提高普查普治的质量。健康检查是指对个人或集团人群进行的身体健康情况检查。目的是早期发现、早期诊断、早期治疗疾病，早期采取措施预防疾病。按健康检查的目的划分，健康检查的方式一般包括预防性健康检查和定期健康检查。按检查对象区分，一般包括集体健康检查和个人健康检查。

2．传染病管理

为了及时掌握疫情，分析疫情，有效地做好防疫工作，医院要切实做好传染病的疫情报告。预防保健科应组织有关单位定期检查医院内相关传染病疫情报告情况，并要定期进行统计和分析。

传染病管理的主要任务是迅速掌握和报告疫情，及时处理疫源地，有效切断传播途径，保护易感人群，控制和消灭传染病的发生和蔓延。为了完成这些任务，医院及基层医疗单位应做好以下几项工作。

① 疫情报告。医院报告是我国疫情信息的主要来源，疫情报告工作是各级医疗卫生单位的法定责任。当各级医疗卫生机构的医务人员发现传染病人或疑似传染病人、病原携带者时，应填写传染病报告卡，按国家规定时限，向当地防疫机构报告疫情，同时做好疫情登记。报告的时限要求：甲类传染病城镇不超过 6 小时，农村不超过 12 小时；对乙类传染病除艾滋病和肺炎炭疽外，城镇和乡村时限可延长 1 倍以上；丙类传染病在 24 小时内报告，遇到疫情暴发，仍需立即报告。医院则要定期检查院内有关传染病症情报告情况，定期进行统计分析，防止漏报情况发生。

② 做好传染病管理。做到早发现、早治疗、早隔离。要对我国规定管理的 26 种甲、乙类传染病按各种不同传染病访视常规进行家庭病床访视，并要根据不同传染病特点，做好传染源的隔离、消毒、护理等指导，以及做好接触者的检疫工作。

③ 根据不同传染病的传播途径，要制定相应的措施，指导基层做好饮食、水源、粪便等卫生管理和消毒杀虫、灭鼠等工作。

④ 做好易感人群的保护工作，提高人群的非特异性和特异性防病能力。

⑤ 开展各种预防接种和预防服药等工作，并要加强卫生防病知识的宣传教育，培养人们良好的卫生行为和生活习惯，提高群众防病知识水平。

3．预防接种

预防接种是指将人工制备的某些生物制品接种于易感人群，使机体产生某种传染病的特异性免疫，达到预防该传染病的目的。预防接种的作用主要是针对传染病流行的第三环节，即降低人群易感性的防疫措施，对某些以人类作为传染源的疾病，如天花、白喉、脊椎灰白质炎、麻疹等也能起到消灭传染源的作用，对其他一些传染病也可相应地降低发病率和死亡率。

预防接种是重要的一级预防措施，常常由基层医疗单位具体实施。其工作的形式可以是医院中的预防保健人员深入社区设立接种点，或上门接种服务，也可以是在医院设立预防接

种门诊，建立儿童计划免疫接种卡，按计划开展预防接种，医院开展预防接种工作的主要内容有：

① 做好管区内散居和集体儿童机构以及重点人群的预防接种工作。

② 及时处理好预防接种反应和异常反应，做好生物制品的运输和保管，努力提高各种预防接种的接种率和合格率，并开展免疫效果观察和接种后资料统计及总结工作。

4．家庭病床

家庭病床是指医疗机构为方便病人，最大限度地满足群众的医疗需求，派出医务人员，选择适宜在家庭环境中医疗和康复的病种，在病人家中建立病床，登记医疗保健服务项目。家庭病床使病人在自己家中即能得到治疗和护理。家庭环境和气氛有利于免除人尤其是儿童因对医院环境的生疏而产生的不安心理，对慢性病、老年病、肿瘤病等病人建立家庭病床，可以减少其对治疗效果的疑虑及对预后的恐惧心理，也可以免除部分人因住院而引起对家庭事务的牵挂。医院开设家庭病床是符合医学模式转变，深受群众欢迎的一种卫生服务方式：医院建立家庭病床可以缓解城市看病难、住院难的困难；方便病人就医，解决老龄慢性病人活动困难、就医不便等老年医疗康复问题；减少医疗费用，可减轻公费劳保医疗费用开支和家庭负担；也有利于医务人员树立良好的医德医风，深入社区为居民服务。家庭病床的收治对象，一般为出院后仍需进行医疗服务的恢复期病人或不属于住院对象的慢性病人、老年病人，其管理包括：

① 指导病人合理的生活、营养、活动和消毒隔离，开展卫生防病、精神卫生等保健知识的宣传。

② 建立规范的工作制度和家庭病历，制定规范的治疗和护理方案。

③ 定期巡诊查房，送医送药上门，提供各种必要的检查治疗手段，并建立会诊和转诊制度。

5. 慢性非传染病的防治

随着医学模式和疾病谱的改变，危害人类健康的头号杀手传染病已逐渐被慢性非传染病代替，特别是高血压、冠心病、脑血管病、恶性肿瘤、糖尿病已成为对居民身体健康危害最严重的疾病。因此，加强对这些慢性非传染病的防治，已成为医院预防保健工作的重要任务。在实际工作中应注意抓好以下几个方面的工作。

① 建立健全慢性非传染病防治组织。

② 开展健康指导、行为干预。

③ 开展重点慢性非传染性疾病的高危人群监测。

④ 对重点慢性非传染性疾病的患者实施规范化管理。

⑤ 积极开展慢性非传染病的群防群治。

6. 老年保健

老年保健是指 60 岁以上老人采取的各种医疗预防保健措施。目前我国人口中老龄人口增长迅速，城市老龄化趋势发展很快，特别是上海、北京等大城市，老年人口大大超过城市人口的 10%，提前进入老龄化社会，使老年保健成为卫生保健的重要课题。

老年保健的服务内容包括以下几个方面：

① 了解社区老年人的基本情况和健康状况。

② 除老年人常见病、多发病（如高血压、冠心病、脑血管病等）之外，还要加强呼吸道感染、肺气肿、糖尿病、肿瘤等疾病的防治，并需重视慢性病的康复。

③ 指导老年人进行疾病预防和自我保健。

④ 建立健全老年医疗保健机构，有条件的医院应设立老年病科、老年病门诊等专门从事老年医疗保健的科室。各级医院都应积极开设家庭病床，为老年患者提供便捷、连续的医疗保健康复服务。

7. 计划生育技术指导与优生学服务

（1）计划生育技术指导

计划生育是指用科学方法来控制生育的时间，调节生育的密度和有计划地生育子女。医院应承担计划生育宣传及计划生育指导工作，其主要任务如下：

① 计划生育宣传工作贯彻以避为主的方针，要做好节育科学知识的普及工作，帮助群众掌握节育知识，做到知情选择药物、工具或手术等适宜的节育措施。

② 开展各种节育手术，并切实保证和提高各种节育手术质量，对避孕失败，计划外妊娠尽早采取补救措施。

③ 开展计划生育临床技术科研工作，配合有关部门努力研制安全、高效、方便、经济的节育措施。

④ 做好计划生育资料的统计分析和积累。

⑤ 积极培养和指导基层计划生育医务人员，提高他们的手术质量，并做好基层疑难病例的会诊，推广新技术新方法。

（2）优生学服务

优生学是指利用科学知识和技术，使出生的后代成为优秀个体和健康儿童。1983 年，英国科学家高尔顿首先提出和创立了优生学。其目的在于探索影响后代的各种因素，从体力和智力各方面改善遗传素质，提高人口质量。他认为：“优生学不但考虑现存人类健康，还注意后代人、整个民族素质的改善，从而达到改善人类健康的目的。”

优生学开展的内容主要是预防性优生学，即如何防止和减少智障和畸形胎儿等的出生。目前我国医院优生服务主要有以下几个方面。

① 遗传咨询。咨询内容一般包括该疾病的病因、遗传方式、严重程度、诊断、治疗、预后以及今后该疾病再发生的危险率等。对已查明的各种遗传病患者和不良基因携带者严格

限制其生育。

② 产前诊断。是指在胎儿出生前，通过医院生物化学、生物物理或遗传学等方式来诊断胎儿是否患遗传性疾病或先天性畸形，以达到早期采取防治措施的目的。

③ 防止有遗传病的个体出生。通过婚前检查，防止有遗传病的患者结婚，对产前诊断确认有染色体畸形或生化代谢缺陷者引产。

④ 开展优生宣教。使广大妇女认识怀孕期吸烟、饮酒与滥用药物的严重危害性，防止妊娠初期的各种病毒、细菌感染和某种营养素的缺乏，避免接触各种有害的化学物质、放射线以及滥用药物等，都是做好优生的有效措施。

8．妇幼保健

妇幼保健包括妇女保健和儿童保健。是指对育龄妇女及 0～14 岁儿童所开展的卫生保健工作。在我国，上述两者人口合计占总人口的 65%，故妇幼保健服务的对象数量大，而且持续时间长，医院抓好妇幼保健工作具有十分重要的意义。

（1）妇女保健

① 未婚期保健。开展婚前卫生咨询与指导；进行婚前医学检查宣传；开展婚后卫生指导与生育咨询。

② 产前保健。了解孕妇的基本健康状况和生育状况；早孕初查并建册；开展孕妇及其家庭的保健指导。

③ 产后保健。开展产后家庭访视，提供产后恢复、产后避孕、家庭生活调整等方面的指导。

④ 更年期保健。提供有关生理和精神卫生知识的宣传、教育与咨询；指导更年期妇女合理就医、饮食、锻炼和用药。

⑤ 配合上级医疗保健机构开展妇科疾病的筛查。

（2）儿童保健

① 新生儿期保健。新生儿访视及护理指导；母乳喂养咨询及指导。

② 婴幼儿期保健。早期教育；辅育添加及营养指导；成长发育评价。

③ 学龄前期保健。心理发育指导及咨询；生长发育临测；托幼机构卫生保健的指导。

④ 学龄期保健。与家长配合开展性启蒙教育和性心理咨询等。

⑤ 儿童各期常见病、多发病及意外伤害的预防指导。

医院妇幼保健工作一般由基层医院的妇幼卫生科或预防保健科中的妇保组、儿保组等相应的机构承担。不具体承担妇幼保健工作的城市大医院应加强对基层医疗单位的妇幼保健业务指导和妇幼保健专业队伍的业务培训。

9．指导基层

指导基层是指上级医院（省、市大医院）对下级医院（区以下基层医院）进行医疗和防病工作的业务和技术指导。通过有计划、有目的地对基层医疗单位进行业务和技术指导，帮

助基层医疗单位开展新的预防、保健、医疗服务项目，不断提高基层医疗单位的卫生防病业务水平；并可充分发挥基层医疗单位的潜力和作用，以有利于社区卫生服务的开展和分级医疗保健制度、双向转诊制度的实施，把大量常见病、多发病解决在基层。这既是搞好社会大卫生和实行三级预防的需要，也有利于大医院管理水平和服务能级、医疗质量的提高。因此，指导基层医疗单位的工作应作为城市大医院“以医疗为中心扩大预防”，加强基层防病工作的重要措施。

指导基层的方式有：接受转诊、疑难病例会诊；举办各种类型学习班、专题学术报告、临床病例讨论会、病理讨论会、文献报告会和论文报告会等；专家教授讲学；各科对口业务学习，或定期举行技术示范、技术表演以及指导基层开展科学研究，接受基层医务人员来院进修等。

10. 医疗保健咨询

随着医学的发展和社会的进步，人们对医疗保健的要求也日益提高，不仅希望对有关疾病的病因、诊断、治疗、护理、预后、防治措施等方面的知识有所了解，而且对如何保证机体正常功能、增进健康、延长寿命等保健问题日益关心。所以医疗咨询也是人们为了健康需要而实行的一种卫生服务方式。

医院可根据条件设立咨询门诊，对群众关心的医疗保健问题予以解答和进行指导。由于不同的年龄、性别、职业的人群存在着特殊的疾病和保健问题，因此，医疗咨询比健康教育更需要有针对性。医院的各有关临床科室可在门诊内选派有丰富临床经验的医务人员担任本科范围的医疗咨询，有条件的医院可以单独开设遗传、心理、儿童保健，妊娠保健、性保健、老年保健等方面的咨询门诊，或设立咨询电话、信函咨询等服务，负责解答各种医疗和保健方面的问题。

11. 健康教育

医院的健康教育包括院内患者健康教育和院外的社区健康保健。医院的健康教育要有计划、有领导地进行，一般由预防保健科会同有关职能科室负责计划和组织。院内健康教育旨在劝告病人及其家属改变不良的个人行为和生活方式，以降低疾病的危害因素，并介绍当前常见病多发病的防治方法。院内健康教育可利用广播、黑板报、宣传栏、宣传资料、健康处方、讲座、咨询门诊、电视或电子荧屏等多种形式，开展门诊、候诊、住院健康教育等内容。

院外健康教育是要协同当地卫生主管部门和社区政府，有组织地承担社区人群健康教育工作，有计划地在人群中进行生活方式的干预和控制（如戒烟、低盐、低脂肪、运动、精神平衡等的干预），改变不卫生行为，使公民参与维护有益于健康的环境（心理、自然、社会方面），最终使平均期望寿命、婴儿死亡率、主要疾病的发病率与死亡率达到预期指标。根据当前我国人群的疾病谱，要特别重视心脑血管病、肿瘤等危险因素的宣教。医院卫生宣传教育工作的要点如下。

① 普及性：宣传卫生工作方针政策，宣传先进的医学理论和方法，宣传普及医药卫生

科学技术知识．介绍行之有效的各种卫生工作方法和群众创造的先进经验等。

② 针对性：根据不同的宣传对象，如不同年龄、性别、职业人群、文化程度等，不同时间、季节、地点等，宣传群众最为关心的卫生问题。

③ 科学性：宣传的内容要有科学根据，实事求是地反映客观现象，对所要说明的问题做好能引用自己调查或国内调查已证实的资料和数字。

④ 艺术性和趣味性：根据宣传对象的特点，使用群众喜闻乐见的方式，进行生动活泼、形式多样的宣传。可利用讲演、座谈、广播、黑板报、墙报、书刊、画册、照片、模型、标本、电视、电影等多种形式进行，开展门诊候诊宣传教育、住院宣传教育、地段宣传教育或根据需要走向社会进行卫生宣传教育等。

医院预防保健工作的内涵十分丰富，是现代医院一项十分重要的任务。加强对医院预防保健工作的管理，对于深化卫生改革，开展三级预防，加强社区卫生服务，实现“2000 年人人享有卫生保健”的目标，无疑具有重要的意义。

尽管开展医院预防保健与社区卫生服务已逐渐成为全社会的共识，但各级卫生管理部门加强对开展医院预防保健与社区卫生服务的管理乃是其健康发展的保证。需要从以下几方面做好工作：确立医院预防保健与社区卫生服务的模式，完善医院预防保健与社区卫生服务的补偿机制，加强医院预防保健与社区卫生服务人员的培养，开展医院预防保健与社区卫生服务质量评价等。当前，医院预防保健与社区卫生服务在我国还处于探索阶段，需要研究的课题还很多。国外虽有不少成熟的经验，但不一定适合我国的国情，所以只有大胆尝试，不断总结经验才能建立起一个积极、高效的医院预防保健与社区卫生服务体系。

14.3　社区卫生服务发展模式比较

14.3.1　国外社区卫生服务发展模式

1. 三种代表性国外模式

基于不同的政治、经济、文化背景和卫生管理、社会保障体制方面的差异，各国的社区卫生服务组织形式及运行机制存在很大的差别。从经营方式上分，目前国际上认为存在 3 种比较有代表性的社区卫生服务发展模式，如表 14-2 所示。

表 14-2　国外主要社区卫生服务模式比较

模　式	经费主要来源	服务提供者	服 务 内 容	社区卫生服务的调控者	医生收入来源	代 表 国 家
国家经营管理	国家拨款	国家拨款的社区医院的全科医生	医疗、预防保健和公共卫生服务	国家	注册病人数量	英国

续表

模　式	经费主要来源	服务提供者	服务内容	社区卫生服务的调控者	医生收入来源	代表国家
国家计划管理，私人提供服务	国家拨款、社会健康保险	私人开业医师	医疗、保健	国家、保险机构	服务量	德国、日本、澳大利亚
私营为主	国家拨款、商业保险	私人开业医师	长期护理和家庭保健	保险机构	服务量	美国

（1）英国式的国家经营管理模式

英国是现代社区卫生服务的发源地，英国的国家卫生服务制度（National Health Service，NHS），属典型的全民医疗制度，是在1942年著名的贝弗里奇报告基础上，依据英国“国家卫生服务法”于1948年建立起来的。英国的卫生经费主要来源于国家税收，医院属国家所有，医院职工为国家雇员。“守门人”制度是英国社区卫生服务成功的关键。法律规定居民就近选择全科医师注册登记，并接受其连续性服务。从事社区卫生服务的全科医生与国家卫生部门是一种合同关系，其收入取决于注册居民的数量、工作年限和从事预防保健的工作量等。由于社区卫生经费主要来源于国家，因此，国家对社区卫生服务有很强的计划调节作用。1990年，政府统一管理医疗卫生体系，将供需分开，加强通科作用，全科医师负责持有基金，作为消费者的代理人按病人付费方式与医院签订合同，在一定区域为病人购买医院服务，通过项目性收费提供预防和健康促进，目的是增加医院间的竞争，以提高效率和减少候诊时间。工党认为此举将导致不公平和助长官僚作风，上台后取消了全科医师持资及其他一些资金持有形式，发表了一个名为“NHS现代化”的10年计划，规定将同一地区不同社区卫生服务机构的全科医师、护士和其他人员共同组成初级保健集团（Primary Care Groups，PCGs），提倡以机构间的合作和协调来代替内部市场的竞争。

（2）国家计划管理、私人提供服务的经营模式

这类模式以德国、日本、澳大利亚、加拿大等国为代表，大多数发达国家都采取这种经营方式。其主要特点是政府对卫生保健的投入主要是为居民购买健康保险或作为社会健康保险的主要筹资者，而且健康保险的人群覆盖率高，社区居民自由择医。因此，需方投入使病人掌握了购买服务的主动权，全科医生只有努力改善服务质量，才能争取到较多的就诊病人。私人开业的全科医生与社会（国家）健康保险部门签订服务合同，提供社区卫生服务。由于全科医生热衷于利润较高的医疗服务，国家和地方卫生部门不得不开设一些专门的社区卫生服务机构，以弥补社区预防保健工作的不足。

（3）美国式的私营为主体的经营模式

政府参与社区卫生建设作为需方投入，每年支持Medicare（老年保健医疗补助机制）和Medicaid（以低收入和伤残人员为对象的医疗补助机制）的预算中大部分都流向社区，虽然各种形式的健康保险制度对社区卫生服务有很大的影响，但社区卫生服务的运作主要遵循市场调节的原则。美国正在推行“管理化保健”（Managed Care）以加强卫生服务的管理和社会

化程度，改善由于“自由化”程度过高造成的费用上涨、公平性差等问题，提高卫生资源的使用效率和社区卫生服务的计划性和系统性。

2. 国外社区卫生服务发展中成功的经验

① 社区卫生服务系统作为整个国家卫生系统的基础地位，得到了政府和民众的认可。政府十分重视社区卫生服务工作，财政上给予保障，政策上予以支持。社区和医院间双向转诊通畅，完整的基层网络体系承担了大量的常见病、多发病的防治工作，起到了病员分诊作用，基本上做到了“大病进医院，小病在社区”的局面。

② 完善的医疗保险制度是社区卫生服务的重要支撑。规范的、高水平的社区卫生服务可以在各种保险制度下得到合理补偿。

③ 建立了高水平的全科医师队伍和培养模式。从事社区卫生服务工作人员的准入制度十分严格，高素质的社区卫生人员成为各国社区卫生服务质量的重要保证，同时也为确立全科医师首诊制度奠定了基础。

14.3.2　国内社区卫生服务发展模式

我国由于幅员辽阔，各地的社会经济发展水平、人口组成、居民文化素质、卫生习惯以及当地的卫生资源情况等差异颇大，因而社区卫生服务的开展形式及其特征也不尽相同。纵观目前的社区卫生服务模式，主要存在以下几种，如表 14-3 所示。

表 14-3　我国社区主要模式比较

模　　式	层级	构　　成	功能	代表城市	适 用 条 件
整合网络式	4 级	家庭、社区、卫生服务站、社区卫生服务中心	健全	上海	三级网络健全，基层卫生资源充足
医院派出式	3 级	家庭、社区、卫生服务站、医院	健全	保定	无一级医院的较大城市
直通式	2 级	家庭、医院	不健全	徐州	社区卫生服务启动不好的城市
互补式	3 级	家庭、社区、卫生服务站、医院	健全	西安	企业卫生资源总量较大的城市
集团式	3 级	家庭、社区、卫生服务站、医院	健全	南京	存在医疗集团的城市
社康中心模式	3 级	家庭、社区、卫生服务站、医院	健全	深圳	各级医院资源充足的城市

整合网络式：是现阶段较为理想的运作模式，合理的卫生资源配置和畅通的绿色服务通道，是社区卫生服务的发展方向。

医院派出式：是目前社区卫生服务的主要服务网络模式，存在于较大和中等城市，这是因为我国较大和中等城市一般无一级医院，社区卫生服务采取直接由二、三级医院在社区建点的方法。

互补式：优点主要是充分利用了不同行业所属的卫生资源，使之和地方卫生资源形成互补态势，共同承担区域内的社区卫生服务，是中国特有的社区卫生服务模式。

集团式：是把相邻的社区卫生服务机构联合起来依托一个大型医院成立联合体，形成利益共沾的模式。

社康中心模式：体现了新兴城市卫生规划好、资源充足的特点。

直通式：是需要调整和充实的模式，只能是一个过渡模式。

显然，国内的社区卫生服务发展具有明显的转型时期社会特征和条块分割的卫生体制特征，反映了社区卫生服务在我国逐步发展和壮大的成长特点。各种模式都是以医院为服务顶端，以家庭为服务终端，分层次向居民提供“六位一体”服务，但是由于各地经济承受能力有强有弱，因而服务存在数量和质量上的双重差异。

虽然模式众多，产权形式多样，但是在管理体制和补偿机制上大同小异，绝大多数仍然为政府主导建立并所有的机构。据 2003 年卫生部对全国 11 个省、自治区和直辖市的抽样调查结果，社区卫生服务中心（站）在主办单位、经济类型和隶属单位等方面，公有制（国有和集体所有）依然占主体地位，占 91.06%；由社会团体、其他社会组织、个人主办的机构占 8.94%。

14.3.3 国内外发展比较

国内外社区卫生服务的发展比较见表 14-4。

表 14-4 国内外社区卫生服务的发展比较

项目	体系完善度	隶属关系	产权是否明确	供给与需求匹配程度	补偿和筹资方式	服务内容	居民认可度
国内	不完善	多元化管理	不明确	供给远远小于需求	个人缴费	“六位一体”，存在地区差别	较低
国外	较完善	卫生行政部门主管	明确	基本匹配	国家财政和医疗保险	医疗、护理、预防，存在国家间差别	较高

（1）体系完善程度差异较大

国外历经几十年建设，社区卫生服务体系已经十分成熟，虽然仍然存在一些缺陷，但是基本满足了居民的卫生需求，供给与需求基本匹配；而国内的体系建设真正起步迄今未满 10 年，无论在社区卫生服务的理论探讨、制度设计、基础建设还是实施效果方面均与理想目标存在不小的差距，导致社区卫生系统资源的质与量过低，相对于需要承担的任务来说呈现“小马拉大车”的局面。

（2）收费重点不同

在卫生筹资上国内外都有 5 个主要渠道，即政府财政、社会医疗保险或其他形式的保险、向利用者收费、社区筹资和各种形式的捐赠等。具体操作各有不同，国外主要以前两个渠道为主，而国内以向利用者收费为主。

（3）社区卫生服务机构的产权主体和隶属机构差异较大

国外社区卫生服务机构的产权主体总体来说存在国家所有和个体私有两种形式。就单个

国家而言，以一种所有制为主体，并且单个机构的产权主体和隶属机构比较明确，社区卫生机构与医院处于平等的业务协作关系，同属卫生行政部门主管，有自身的利益诉求。国内的社区卫生服务机构则以公有制为主体，据 2003 年数据，有近 40%的社区卫生服务中心（站）由二、三级医院举办，其行为受到上级医院和主管部门的双重限制，而且我国社区卫生服务虽然归口卫生部主管，但是还存在和民政、劳动、建设等部门相协调的问题。

（4）所提供的社区卫生服务内容各具特色

国外社区卫生服务内容含预防、医疗、护理三大部分，基本与我国社区卫生服务工作所倡导的“六位一体”功能相一致，但又各具特色。荷兰的社区卫生服务内容还提供家庭照料服务；美国的社区卫生服务将长期护理和家庭保健作为其主要内容，其服务的精益求精受人称颂；英国的社区卫生服务机构承担了妇幼保健服务及计划免疫等防保服务；日本重视老年保健；澳大利亚的社区卫生服务包括儿童和家庭保健、社区康复、家庭护理和临终关怀、急性病后期的社区保健以及健康教育和健康促进等。但是在实际工作中，国内的社区卫生服务开展项目不仅远未满足居民实际需要，而且功能发挥的地域差异性较大。

（5）外部环境差异较大

国外居民对于社区卫生服务的接受程度远远高于国内居民。国外社区卫生服务系统作为国家卫生系统的基础地位已得到稳固，国内虽有“社区—医院”的系统设计目标，但是实践难度比较大，而且由于卫生服务领域的多主体利益博弈行为，存在行业保护等现象，社区卫生服务未能获得有利的外部环境。

“他山之石，可以攻玉”，对比中外不同的社区卫生服务发展模式，立足国内卫生系统实际，展望我国的社区卫生服务建设，我们应当强化政府主导、完善和落实政策，提供必要的财政支持，建立规范的全科人才培养体系，在全社会营造关心和支持社区卫生服务发展的良好氛围，走出一条既借鉴国外成熟经验，又有自主创新，既能满足居民卫生需求，又能充分利用、调整现有卫生资源，具有中国特色的社区卫生服务发展之路。

本章参考文献

1．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007

2．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999

3．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

4．杨新平．社区卫生服务中心的医保管理面面观[J]．天津社会保险，2006（1）：25～26

5．刘丽媛．浅议社区卫生服务[J]．中外医疗，2009（1）：113

6. 黄晓光等. 社区卫生服务经济补偿的问题与政策建议[J]. 南京医科大学学报，2009（1）：13～14

7. 李保安，路林凤. 我国社区卫生服务存在的问题及对策[J]. 中国社区医师，2009（1）：108

8．邓华梅．发展城市社区卫生服务的思考[J]．临床医学工程，2009，16（3）：69～70

第 15 章　护 理 管 理

15.1　护理管理概述

15.1.1　护理的定义

自从有了人类，便有了护理活动的萌芽。护理（nursing）一词是由拉丁文“nutricius”演绎而来，原为抚育、扶助、保护、照顾残疾、照顾幼小等含义。由于历史背景、社会发展、环境和文化以及教育等因素的不同，人们对护理的定义有不同的解释和说明。纵观护理发展历史，其概念和内涵随着其理论研究和临床实践的发展，逐步从简单的“照料、照顾”向纵深方向拓展和延伸。

以下为不同历史阶段的一些代表性的护理定义。

1943 年，修女欧丽维娅（sister Olivia）认为，护理是一种艺术和科学的结合，包括照顾病人的一切，增进其智力、精神、身体的健康。

1957 年，以库鲁特（K. Reuter）为代表的护理定义是：护理是对病人加以保护和教导——以满足病人不能自我照料的基本需要，使病人舒适是其重要的一点。

20 世纪 60 年代，道诺思·约翰森（Dorothy Johnson）则认为，护理是某些人在某种应激或压力下，不能达到自己的需要，护士给他提供技术需求，解除其应激以恢复原有的内在平衡。

1966 年，弗吉尼亚·汉德森（Virginia Henderson）认为，护理是帮助健康人或病人进行保持健康和恢复健康（或在临死前得到安宁）的活动，直到病人或健康人能独立照顾自己。

1970 年，玛莎·罗格（Marth Roger）提出，护理是协助人们达到其最佳的健康潜能状态。护理的服务对象是所有的人，只要是有人的场所，就有护理服务。

1973 年，国际护士委员会（International Council of Nurses，ICN）给出的护理定义是：护理是帮助健康的人或患病的人保持或恢复健康，或者平静地死去。同年，美国护士协会（American Nurses’ Association）提出的定义是：护理实践是直接服务并适应个人、家庭、社会在健康或疾病时的需要。

1980 年，美国护士协会又将护理学定义为：护理学是诊断和处理人类对存在的或潜在的健康问题所产生的反应的科学。

1986 年，我国在南京召开全国首次护理工作会议，卫生部顾英奇副部长在发言中指出：“护理工作除配合医疗执行医嘱外，更多、更主要的是对病人的全面照顾，促进其身心恢复

健康。”

以上是不同时期、不同国家阐述的护理概念和护士工作内涵，从中可以看到护理的对象、任务和目标发生了深刻的变化，即，护理的对象不再仅限于病人，而是扩展到处于疾病边缘的人以及健康的人；护理工作的着眼点是人而不仅仅是疾病，其任务除完成治疗疾病外，还担负着心理、社会保健任务；护理的目标除了谋求纠正人生理上的变异外，还要致力于人的心理社会状态的完满与平衡。护理的目标是在尊重人的需要和权利的基础上，提高人的生命质量，它通过“促进健康，预防疾病，恢复健康，减轻痛苦”来体现。不仅是维护和促进个体健康水平，更重要的是面向家庭、社区，为提高整个人类健康水平发挥应有的作用。

1987 年，世界卫生组织（WHO）指出：“护士作为护理的专业工作者，其唯一的任务就是帮助患者恢复健康，帮助健康的人促进健康。”WHO 护理专家会议提出了 5 个阶段中应提供的护理服务：

① 健康维持阶段——帮助个体尽可能达到并维持最佳健康状态。

② 疾病易感阶段——保护个体，预防疾病的发生。

③ 早期检查阶段——尽早识别处于疾病早期的个体，尽快诊断和治疗，避免和减轻痛苦。

④ 临床疾病阶段——帮助处于疾病中的个体解除痛苦和战胜疾病。对于濒死者则给予必要的安慰和支持。

⑤ 疾病恢复阶段——帮助个体从疾病中康复，减少残疾的发生，或帮助残疾者使其部分器官的功能得以充分发挥作用，把残疾降到最低程度，达到应有的健康水平。

1993 年，我国卫生部颁布的《护士管理办法》中规定了护士作为护理专业技术人员，在执业中“应当正确执行医嘱，观察病人的身心状况，对病人进行科学的护理”，同时，“护士有承担预防保健工作、宣传防病治病知识、进行康复指导、开展健康教育、提供卫生咨询的义务”。

护理管理是以提高护理服务质量和工作效率为主要目的的活动过程。护理的基本属性是医疗活动，但它具有专业性、服务性的特点，并以其专业化知识和技术为人们提供健康服务，满足人们的健康需要。

15.1.2　护理的发展历程

就发展历程来看，护理工作可以分为早期护理和现代护理两大阶段。

1. 早期护理

护理是基于人类的需要而产生、存在，随着社会的进步，环境的改变，人类生活方式的变化，护理的内涵和范围都发生了巨大的变化。早期的护理活动主要是对老幼和病人的家庭式照顾。随着社会政治、经济、宗教的发展，战争频繁、疾病流行，形成对医院和护士的迫切需要，护理逐渐由“家庭式”发展为“社会化的和组织化的服务”，但护理工作多限于生

活照顾，缺乏知识和相关设备，护士的培养也是以师带徒式的经验传授为主。到了 19 世纪，随着科学的发展和医学的进步，社会对护理工作的需求日益迫切，护理工作地位开始提高，开始出现专门的看护所和护士训练班。19 世纪中叶，英国护士南丁格尔（Florence Nightingale）作为护理事业的创始人，促进了护理专业的科学化发展。她通过制定和实施专业化的护理工作程序，倡导科学的医院护理，并创办了世界上第一所护士学校，发展了以促进舒适和健康为基础的护理理念，这是护理专业化的开始。

2. 现代护理

现代护理与南丁格尔时期的护理已大不相同。在护理学的知识结构、护理的目的、护理的对象、护士的作用等方面都发生了极大的变化，从护理学科的实践与研究的角度，护理专业发展可以概括为以下三个阶段。

（1）以疾病为中心的护理

这个阶段是现代护理建立和发展初期。医学在摆脱宗教和神学影响后获得了空前的发展，生物医学取得了辉煌成就，也形成了一切医疗行为都围绕疾病进行，“以疾病为中心”的医学模式。在这个模式的影响下，协助医生诊断和治疗疾病成为这一时期护理工作的基本特征，护理从属于医疗，护士是医生的助手。

在这一阶段，护理已经成为一个专门的职业，护士从业前必须经过专门训练。护理工作的主要内容是执行医嘱和各项护理技术操作，护理教育者和护理管理者都把护理操作技能作为保证护理工作质量的关键，在实践中逐步形成了一套较规范的疾病护理常规和护理技术操作常规。

（2）以患者为中心的护理

这个阶段主要是建立在新健康观和生物—心理—社会医学模式的基础上，护理学在发展中吸收了大量相关学科的理论，如系统理论、人类需要层次论、人与环境相互关系学说等，使护理发生了根本性变革。这一时期护理理论开始强调人是一个整体，在疾病护理的同时应该重视人的整体护理，护理工作应该从“以疾病为中心”转向“以患者为中心”。

在这一阶段，护理已经发展成为一个专业，逐步形成了自己的理论知识体系和具有专业特点的科学工作方法。一方面，护士的实践领域从单纯被动执行医嘱和执行护理技术操作，扩展到运用“护理程序”对患者提供全身心的整体护理，解决患者的健康问题，满足患者的健康需求，体现出更多的护理专业特色；另一方面，随着医学分科细化和新技术应用，护理工作专科化程度也在增加，出现了不同专科的专家型护士。护士培训和继续教育要求提高，护理教育逐步转向大学教育。护理管理成为医院管理重要的子系统。

（3）以人的健康为中心的护理

由于科技的迅速发展和健康需求日益增长，威胁人类健康的疾病谱出现变化，医学社会化和大卫生的趋势越来越明显，保障健康成为社会发展的强劲动力，使护理专业有了更广阔视野和实践领域，“以人的健康为中心的护理”成为一种必然的选择。

在这一阶段，护理专业成为一门与基础医学、临床医学、预防康复医学及社会科学和人文科学相关的综合应用学科。护理工作已经从医院扩展到社区和家庭，从患者个体扩展到社会人群，从注重疾病、患者护理扩展到关注健康、提供生命健康全程护理，护士成为向社会提供初级卫生保健的主要力量。护理教育形成了从专科、本科到硕士、博士培养的完整体系，以满足护理专业发展的需要。

应当看到，由于世界各国社会经济、文化、教育、卫生等方面发展水平有较大差异，因此护理专业的发展也很不平衡。总体上是发达国家发展水平较高，已经进入第三阶段，而广大发展中国家发展较慢，面临困难较多。我国自改革开放以来，护理专业发展迅速，专业化程度和教育水平都有了长足进步。医学的进步和诊疗技术的不断发展，人民群众健康需求的不断增长，护理专业逐步向更高水平发展已经成为不可逆转的趋势。

15.1.3　护理的任务

从工作实施角度，护理管理可以大致分为三个主要方面：护理行政管理，包括组织管理、物质资源管理、经济管理；护理业务管理，包括技术管理和质量控制；护理教育管理，包括护理人员继续教育、临床教学等。

护理行政管理指护理组织机构为了达到既定目的，制定完备而周密的工作计划和方案并配合适当的人、财、物，建立合理化组织，用最有效的领导、正确的激励方式推行工作，谋取各单位、人员之间的协调和意见的沟通，不断评估和改善管理手段和方法，圆满地实现护理组织目标，给患者提供高质量服务。

护理业务管理是为了保持和提高护理工作效率和质量而进行的业务技术管理活动，包括护理章程、技术规范、质量标准的制定、执行和控制，新技术、新业务的开展和推广，以及护理科研的组织领导等。

护理教育管理是为了提高各级护理人员的素质和业务水平而采取的培训活动的管理过程，包括护理专业的教学安排、新护士的上岗培训，在职护士的继续教育等。

15.2　护理管理的基本职能

15.2.1　护理管理的计划职能

计划职能是管理的首要职能。按照计划工作的基本程序，医院护理管理中的计划职能主要体现在以下环节。

（1）分析和预测

根据医院总体规划及中心任务和护理专业发展的现状，分析评估形势，预测未来可能出现的情况。重点分析评估服务对象对护理工作的需求，本单位护理资源及利用情况，未来专

业发展和竞争可能出现的问题及应对能力。

（2）确立目标

根据医院发展规划和总体目标，确立符合护理专业理念和发展的目标。在分析预测的基础上，制定未来一定时间内的护理工作目标，明确各子系统的工作任务，确定相关的政策和策略。

（3）拟订和选择实施方案

根据已确立的目标和任务，拟订实现目标的方案并通过比较后确定。实施方案应具备可选择性，在对各种后备方案进行比较及科学性、可行性评估的基础上，确定首选满意方案和后备方案。

（4）编制具体计划和预算

根据已确定的实施方案，进一步编制医院护理工作的综台计划和专业变动的具体计划。应包括资源配备（人、财、物等）、工作指标（岗位责任、时限等）、评价标准（数量、质量）经费预算（成本、活动经费）、预期结果（服务对象的评价方面、系统内评价方面）等内容。

（5）反馈

护理管理部门应建立反馈机制，不断对计划执行情况进行反馈。

15.2.2 护理管理的组织职能

组织职能是管理的重要职能，是管理活动的结构基础和前提。医院护理管理的组织职能主要体现在以下几方面。

（1）建立组织结构

建立医院护理组织结构必须考虑医院功能和任务，有利于为服务对象提供优质服务。根据医院目标要求和护理工作需要，将各种活动分类组合并形成管理层次和工作岗位，使其能达到合理、高效运转的要求，如临床护理单元的建立，既要考虑医疗工作的需要，也要考虑所采用的护理模式。

（2）分工、确定职责范围

根据工作性质进行分工，明确各层次、各部门和岗位的职责范围。应根据不同的护理模式，考虑岗位的设置和职责范围的划分，建立各层次和单位之间的协作关系。

（3）配备人员、明确责任

根据分工和护理工作需要选配人员，明确各级管理人员和各岗位护理人员的职责权利，并进行培训，并使每位成员了解自己在组织内的位置、隶属和工作关系。

（4）建立信息沟通渠道

明确规定组织内信息沟通的渠道。

（5）制定规章制度

通过制定有关的规章制度，保证各项护理工作正常有效运转，保证组织管理工作协调配

合，保证落实计划实现目标。

15.2.3　护理管理的控制职能

控制职能是通过对各种活动的监控和调节，保证实现组织目标的重要职能。实现控制必须是在有计划、有组织的前提下。医院护理管理中的控制职能主要包括以下几个方面：

（1）确立标准

确定护理控制标准要根据护理工作需要，体现目标特性及影响目标实现的因素，确定对工作和结果衡量的尺度及医院护理管理中主要的控制标准包。

（2）衡量成效

根据计划和确定的标准，对护理工作过程和产生的结果进行比较，确定是否存在偏差。这一过程包括不同层次和水平的监督、反馈，要建立相对封闭的监测反馈系统，由管理人员和护理人员共同参与完成，护理管理者应特别关注可能会对结果产生重要影响的关键点及护理系统的整体情况。

（3）纠正偏差

采取纠正措施应建立在对有关信息认真分析的基础上，针对不同的原因采取不同的措施。一般应包括两方面：一是对不符合标准和目标要求的情况采取纠正措施，保证护理工作能够按计划目标要求实施；二是对因各种原因导致已经不适合的计划和标准进行修订和调整；保证医院总体目标和护理工作目标的实现。

护理管理职能实现的程度对整个医院管理工作有重要影响，医院通过护理管理子系统的运行实现对护理工作的管理。由于护理工作的专业性和服务性特点突出，在医院工作中涉及面广、连续性强、工作环节多且非常具体、护理人员多、工作战线长，而且与医院其他子系统协作配合多，因此，强化护理管理职能对提高医院管理水平和实现医院总体目标具有重要意义。

15.3　护理人力资源管理

护理人力资源主要是指具有从事护理工作智力能力和体力能力人员的总称，即具有护理中专以上学历，通过全国护士执业考试并取得护士从业资格证书，在医疗机构直接为患者提供护理服务的护理人员。其表现形式是护理人员的数量和质量。护理人力资源的配置是否合理，直接关系到护理工作的质量和效率以及护理人员的健康水平。随着社会经济的发展，医学模式的转变，广大人民群众健康观念的更新，人民生活水平的提高，服务对象对护理质量提出了更高的要求，他们不仅要求治好疾病，还希望得到尊重、关怀、理解等身心、社会、文化多方面的满足。因此，加强护理人力资源管理，提高护理服务质量，提升患者对护理服务的满意度，是护理管理的重要任务之一。

15.3.1 护理人力资源管理的基本内容

护理人力资源管理主要是通过一定的程序和方法，合理安排且有效任用医院护理人员，发挥每个人的个人潜能，提高工作效率，实现组织目标。

护理人力资源管理主要包括以下几个方面。

① 人力资源规划：即对医院护理人员需求量（数量、质量）进行论证、确定，帮助医院明确护理系统需要人员的岗位及岗位对人的要求。

② 护理人员招聘和筛选：这项工作需要护理管理部门和医院人力资源主管部门协作，以各护理岗位工作分析为基本依据，根据医院护理工作动态调整需要，决定招聘的人数和层次，对具备资格的申请人提供均等的聘用机会，通过考核比较，筛选出符合医院护理岗位要求的护理人员。

③ 培训：即通过对护理人员的工作指导、教育和业务培训，使护理人员在态度、知识、技术能力等方面得到提高和发展，有能力按照工作岗位要求开展工作并完成任务。

④ 绩效评估：即通过管理人员和护理人员双向沟通，对护理人员在实现工作目标过程中的工作效率、效果、效益进行评价、诊断和辅导，为人员的合理使用和奖惩提供依据。

⑤ 职业发展：即管理部门和管理人员关心、鼓励护理人员的个人发展，帮助制订个人发展计划，引导护理人员将个人发展目标与医院和护理专业发展目标结合起来，努力学习、工作，掌握更多、更广、更深入的知识和技能。

⑥ 薪酬管理：对护理人员的薪酬管理不仅是医院对护理人员付出的劳动所支付的回报，还应该具有诱导护理人员服从，激励其多做贡献的扩展功能。

护理人力资源是医院生存和发展的重要组成部分。护理人员在医院中是一支数量大、工作接触面广、影响面大的队伍，护理人力资源护理的水平，直接影响医院的医疗质量和服务水平，重视护理队伍的建设，是医院管理的一个重要方面。

15.3.2 医院护理人员的配备

医院护理工作要为患者提供 24 小时不间断的护理服务，护理人员的配备是否合理，直接影响到护理工作的质量和患者的护理安全。因此，医院必须保证配备一定数量和相当水平的护理人员，满足护理工作的需要。

我国目前医院人员配备主要是由有关部门统一规定，采用比例定员法确定。这种方法一是按编制床位计算工作人员比例，如 300 床位以下医院按 1∶1.3～1∶1.4 计算；300～450 张床位按 1∶1.40～1∶1.5 计算；450 张床位以上按 1∶1.60～1∶1.7 计算。二是对医院内各类人员比例做了规定，如卫生技术人员占总数的 70%～72%，其中医师占 25%，护理人员占 50%，其他卫生技术人员占 25%；行政管理和工勤人员占总数的 28%～30%，其中行政管理人员占 8%～10%。三是对不同科室护理人员配备和临床护理单元各班次每名护士承担病床工作量做

了规定，如门、急诊，供应室，手术室，婴儿室等分别有不同的人员配备比例；对各临床护理单元的白班、小夜班、大夜班护士承担病床数也做了规定。随着改革开放和经济发展，医院的内外环境都发生了巨大变化，综合考虑社会需求和专业发展配备医院各级各类人员成为必然。

医院护理人员的配备受多种因素的影响，从医院角度说，受医院规模、功能、任务、效率、技术进步、科室设置、人事政策及管理水平等方面因素影响；从护理专业角度说，主要影响因素有患者的护理需要，包括病情和身心健康状况、生活自理能力，护理方式，工作量，工作复杂程度，护理人员的层次、能力，工作条件，护理管理水平与效率，有关政策规定等。目前国内外有关护理人员配备的研究较多，如按工作量（工时单位）计算人力，按病人分类系统动态调整护理人力的方法等。总的趋势是随着护理工作范围扩大和复杂程度的增加，护理管理逐步将专业性工作与非专业性工作区分开，使用不同资质的人员和不同的管理方法；将技术性强与技术含量低的工作分层，使用不同水平的专业人员；特殊护理岗位，如 ICU、CCU、手术室等，实行资格准入；护理人力资源调配使用计算机动态管理，在提高护理工作专业化水平和服务水平的同时提高护理人力资源使用的效率，降低人力成本。

15.3.3　护士培训

护士培训是护理人力资源管理的一项重要内容。培训是一种智力投资，目的是使护士具备岗位适应能力和职业发展能力，还可以创造医院护士群体智力资本，使其学会在工作中知识共享，优化护理服务。

1．培训对象和内容

护士培训应该是全员培训，培训对象应包括各层次护士，培训的内容应该根据不同的工作性质、岗位要求和护士的学习需求确定。从专业技术培训方面来说，应该主要考虑：一是对院校教育所学基本理论、基本知识、基本技能进行转化、扩展和提高，形成实际的岗位工作能力；二是对专业发展和技术进步所需要的新理论、新知识、新技术、新方法的学习培训，通过知识更新保持和发展专业能力；三是对工作岗位转换人员的培训，帮助他们了解必要的知识、掌握必需的技能，提高他们的再适应能力。从护士全面发展角度来说，还应该包括职业道德和科学素质方面培训，使护士了解护理工作的宗旨、价值观和发展目标等。

2．培训基本步骤

（1）分析培训需求、确定培训目标

分析各层次护士学习需求，就是要确保所提供的培训与护士承担的工作和个人发展直接相关，明确培训目标，减少盲目性。提供培训者应主要了解护士需要知道什么和有潜力做到什么，通过培训缩小需要与现状之间的差距。需求分析可以从 3 个层面进行，即医院发展层面、护理工作岗位层面和护士个人层面。主要步骤包括：回顾具体护理工作岗位的职责和绩

效期望；确定该岗位需要的知识和技能的类别；确定护士缺少并需要培训的知识和技能；列出需要培训的人员名单。

（2）制订培训计划

培训计划应该围绕培训目标制订，如通过培训使各层次护士提高工作效率，提高工作质量，改进工作，降低成本等。培训计划还应确定培训方式，列出不同类型的知识和技能，采取不同的方式方法，如讲授、演示、讨论、综合演练、岗位轮转等，培训计划应包括经费预算。

（3）实施培训

实施培训计划应注意将培训内容与工作能力提高紧密结合，采用多种方法和手段激发护士的学习兴趣，鼓励和促进相互交流学习，帮助护士制订新知识应用的行动计划，注意避免其他事件的干扰。

（4）评价培训效果

培训效果评价可以分为：评估表、课程测验、追踪评估等。可以通过观察接受培训的护士实际工作情况，识别培训带来的变化，如差错率、患者满意率、成本消耗等。评估培训效果是培训工作的必要程序。

15.3.4 护士的绩效考评

绩效考评是对各层次护士工作中的成绩、不足进行系统的调查、分析、描述、反馈的过程。它是护理管理重要的控制方法之一，是护理人员管理中人事决策的依据。由于护士工作行为和效果受诸多因素影响，既涉及技术问题，又涉及人的问题，特别是对非操作性行为很难较准确评价，因此，如何科学有效地进行人员绩效评价是护理管理面临的挑战。

1．绩效考评在医院护理管理中的作用

（1）人事决策作用

通过绩效考评，对护士做出客观公正的评价，为医院和有关管理部门正确识别和使用护士提供了依据。

（2）诊断作用

通过绩效考评，可以使管理人员了解护士的素质、知识、能力与工作岗位要求的差距，在分析的基础上实施更有针对性的培训。

（3）激励作用

绩效考评的结果是奖优罚劣的依据，可以帮助管理者保证奖惩的公正性，调动护士工作的积极性。

（4）强化管理作用

绩效考评可以促进与维持组织的高效率，保证以较少的资源获得较大的成效，使各岗位、各层次护士的使用更加合理、有效。

2．护理人员绩效考评的原则

（1）与工作相关原则

护士绩效考评标准必须与工作相关，尽量使用可衡量的描述方法，提高标准的可操作性。制定标准的依据是具体的岗位职责。

（2）公开化原则

绩效考评标准应在审定后公布，使每个护士都明确组织对他们的期望和要求，明确努力的方向。

（3）标准化原则

指对同一管理者领导下从事同一种工作的人员使用相同的评价方法，评价间隔时间基本相同，定期安排所有人员的反馈会议和面谈时间，提供正式文字材料并由被评价人签字。

（4）激励原则

指评价结果应有较好的区分度，使优劣拉开差距，奖优罚劣，促进工作改进。

（5）选择培训评价者原则

护士绩效考评一般应由护士长承担，因为护士长能够直接观察护士工作业绩，其他相关人员可以参与。护士长和参评人员应该接受培训，以保持可靠性和连续性。

（6）沟通原则

护理管理者必须在考评结束后不久与被考评的护士进行评价面谈，面谈中需要沟通的内容包括：讨论被考评护士的工作业绩；帮助被考评者确定改进工作的目标；提出实现改进目标的措施建议。面谈应在充分准备的基础上进行，重点放在今后发展和工作改进上。

3．基本程序和方法

基本程序包括：确定绩效标准，考评绩效，反馈绩效。主要方法有：评价表法、排序法、比例分布法、关键事件法、目标管理法等。

绩效考评应该是护理管理人员和每位护士之间动态沟通的过程，通过护士的积极参与和上下级之间的双向沟通达成共识，提高护士的工作绩效和组织效率。

15.4　护理质量管理

15.4.1　护理质量管理简介

1．护理质量的概念

护理质量是指护理工作为患者提供技术性服务和生活照顾服务的效果以及满足服务对象需要的程度。护理质量不是以物质形态反映其效果和程度，而是通过护理服务的实施过程和结果表现出来。

传统护理质量将护理定位在简单劳动和技术操作层面，主要指临床护理质量：医嘱执行

是否准确、及时；护理文件书写是否正确、清晰；生活护理是否到位；规章制度是否落实；有无因护理不当给患者造成痛苦和损害等。随着社会发展和人们生活水平提高，对护理服务的需求和期望都在提高。医学模式的转变和护理专业的发展，赋予护理质量更深层次的内涵，以人的健康为中心的护理要从生理、心理、精神、社会、文化等各个层面帮助人们提高健康水平和生命质量，护理质量在以下几方面得到扩展和体现。

（1）护理模式

护士应具有整体护理观，主动、全面、系统地了解患者在生理、心理、社会、精神、文化等方面的需求；充分调动服务对象的主观能动性，帮助其最大限度地达到生理与心理、社会的平衡和适应；达到接受检查、诊断、治疗、手术和自我康复的最佳状态。

（2）护理工作方法

护士应按护理程序开展护理工作。对患者的评估要及时、准确、完整；提出的护理问题准确；确立的护理目标恰当；护理计划切实可行；护理措施落实，基础护理、专科护理、健康教育到位；护理记录动态、客观、真实地反映患者的健康状况。

（3）护理工作效果、效率和效益

主要包括：患者对护理服务的满意度；护理工作投入产出比例；是否存在质量缺陷等。

2．护理质量管理及特点

护理质量管理就是根据护理工作的特点，应用质量管理的方法与工具，一切从患者角度出发，对护理工作过程和服务实施控制和改进。在学习和接受先进管理思想的基础上，医院的护理质量管理出现较大转变，树立管理为临床第一线服务的理念，管理者为下属的工作创造必要的条件并给予支持，调动全体护士参与质量管理，坚持护理质量的持续质量改进就是这种转变的具体体现。护理质量管理的特点主要体现在以下几个方面。

（1）特殊性

护理质量管理的特殊性是由护理工作的性质决定的。护理服务对象是人，而且大多数是病人；提供护理服务的是具有不同背景、不同价值观、不同性格特点，不同能力的护理人员，他们都具有各自的生理、心理、社会特点。在护理活动中，不同的人对护理服务的期望值、感觉和评价有较大差别。患者对护理的依赖程度较高，护理质量的好坏一定程度上关系着生命安全，任何环节的疏漏都可能带来不可挽回的损失。以上这些不同于其他服务业的特点，决定了护理质量管理要更具有科学性、严谨性。

（2）广泛性

护理质量管理涉及医院各个部门，如病房、门诊、急诊、手术室和供应室等；护理质量管理还涉及各部门的具体工作流程，如人员培训和管理、规章制度管理、医院感染管理以及设备设施的安全管理等，这些部门的任何环节出现质量问题，均会影响整个医院的质量。护理技术发展很快，大量的复杂技术设备、仪器使用和新技术的开发、引进，使护理工作的技术性和复杂性增加，潜在风险加大，对护理技术质量管理提出了更高要求，任何小的失误均

有可能对生命安全构成危害。护理专业发展要求护理人员为患者提供满足身心健康需要的整体护理，整体护理所涉及的各方面内容都需要逐步建立质量标准，实施质量管理。

（3）群体性

护士在医院中数量多、分布广，护理工作的程序性、时间性、连续性、集体性、协调性特点突出，既需要每个护理人员发挥自己的能力，又需要注意整体的协调配合，包括与医院内其他专业人员和工作的协调配合。

（4）复杂性

护理质量管理涉及的人员多、工作环节多、流程多，工作内容具体，技术性和服务性均较强，构成护理质量管理的复杂性。

15.4.2　护理质量评价

1. 护理质量评价的概念

护理质量评价是判断预定护理目标取得进展的数量和效果的过程，包括四个内容：制定目标，阐明目标取得进展的客观标准，测量与说明取得进展的程度，对今后工作提出的建议。

2. 护理质量评价的原则

① 实事求是。护理质量评价应该建立在事实的基础上，将实际执行情况与原定的标准和要求进行比较。这些标准必须是评价对象能够接受，并在实际工作中能够衡量的。

② 评价标准适当。对比要在双方的水平、等级相同的人员中进行，因此所确定的标准应该适当，具有可比性，不可过高或过低。过高的标准不是所有的护士都能达到的。

③ 避免片面性。护理工作涉及面广，工作量大，可以采取随机抽样方法，通过样本量推测和分析整体质量状况，避免片面性和局限性。

3. 护理质量评价体系

长期以来，在我国的医院管理质量标准中，没有独立、系统反映护理工作质量的指标体系。随着护理专业的发展和医院评审的要求。逐步形成了护理质量评价体系。

（1）评价指标

① 护理工作效率指标。这类指标基本上是工作量指标，可以表明负荷程度。这类指标大部分是由医疗护理共同完成的，如出入院病人数、床位使用率、特一级护理人次数、抢救病人数、抢救成功率等。

② 护理工作质量指标。这类指标主要反映护理工作质量，是对护理质量标准的评价。（护理质量标准如前所述）

③ 护理工作成本指标。应当建立但尚未建立。

（2）评价方法

可以分为院内评价和院外评价。

① 院内评价。主要是通过建立护理质量监控网络实施，应该通过护理部、科护士长、护士长三级质量监控，形成护理系统逐级质控；还应通过建立护理质量管理组，实现监督评价，提高护理质量评价的有效性和客观性。

② 院外评价。主要是医院评审和社会监督评价。医院评审主要是由卫生行政部门组织的对医院的综合评价；也有的是通过国际标准化组织（ISO）质量认证。社会监督评价可以聘请监督员，应该特别重视患者及其家属的反馈。

护理质量管理是护理管理的核心，建立护理质量管理体系，实施有效的质量管理和持续质量改进，是护理管理现代化的标志，也是提高医院质量管理水平的重要方面。

4. 护理质量评价标准

（1）分类

目前我国护理质量评价标准可以从不同角度分为以下几类。

根据应用范围，将护理质量标准分为 4 类，即护理技术操作质量标准、护理文件书写质量标准、临床护理质量标准和护理管理质量标准。

根据管理期望，将护理质量标准分为规范式标准和经验式标准。规范式标准是由卫生行政部门和专业学术团体组织专家制定，为较高水平的执业标准，具有一定的强制性，如护理技术操作规范、护理工作常规等。经验式标准主要是医院根据自身的具体情况制定。

根据管理过程结构，将护理质量标准分为要素质量标准、环节质量标准和终末质量标准。要素质量标准也称结构质量标准，是以“组织、机构”为取向，针对医院管理体系中的人员、技术、设备设施、药品物资、环境、管理等内容提出要求。环节质量标准也称过程质量标准，是以“人员”为取向，针对护理过程制定的要求。终末质量标准也称结果质量标准，是以“病人”为取向，针对护理服务的结果制定的要求。在这类质量标准中，更强调结构、过程、结果三者的统一。

根据使用目的，可将护理质量标准分为方法性标准和衡量性标准。

（2）常用护理质量标准

① 护理技术操作标准。包括基础护理技术操作和专科护理技术操作。每项标准都包括三部分，即准备质量标准、流程质量标准、终末质量标准。

② 护理管理质量标准。包括护理部、科护士长、护士长工作质量、病房管理、各部门（如手术室、供应室、产房、婴儿室、门诊、急诊等特殊科室）管理质量标准。

③ 护理文件书写质量标准。包括护理记录、体温单等书写质量标准。

④ 临床护理质量标准。包括特级、一级护理合格率，基础护理合格率，急救物品完好率，灭菌物品灭菌合格率等。

15.5　护理业务技术管理

15.5.1　护理业务技术管理简介

（1）概念

护理业务技术管理是对护理工作的技术活动进行计划、组织、协调和控制，使护理技术能够准确、安全、及时、有效地用于为患者服务，实现管理工作的优质、高效。

（2）意义

① 护理业务技术管理是护理管理的重要组成部分，是构成护理质量的重要内容。护理技术水平的高低在某种意义上对护理质量有决定性作用，提高护理技术水平必须靠技术管理。

② 护理业务技术管理是护理工作专业化的重要标志。护理工作的服务对象是人。除了有良好的态度外，医院主要是通过高水平、规范的护理技术为患者解决健康问题。这就要求护理技术管理有别于对一般性服务和技术工作的管理，安全、及时、可靠，协调性和连续性好成为重要的管理标准。

③ 护理业务技术的质量和水平直接影响医疗效果。现代医院中，各专业技术发展水平越高，就越需要相互间的协调配合。特别是医疗活动中日趋复杂的技术应用、新技术开发引进，必须有护理专业的同步发展，才能获得良好的效果。

④ 护理业务技术管理有利于推动护理专业发展，提高护理教育水平。在现代医院管理中，对护理工作的科学性、技术性要求越来越高，这不仅有利于推动护理专业的发展，而且可以提高护理教育的训练水平，培养具有良好科学素质的护理人员。

（3）特点

① 技术性。护理技术是在全面掌握医学护理知识的基础上，经过专门训练、反复实践获得的专业能力。未经系统学习和专门训练的人，不具有应用护理技术的资格。技术管理要尊重专业规则和技术发展规律。

② 责任性。护理工作的性质决定了护理人员对维护、促进和恢复患者的健康负有责任。技术管理应该重视护理人员的责任心教育，以及建立健全各种责任制。

③ 服务性。护理技术的应用和管理应以患者利益为重、为患者提供服务。

④ 社会性和集体性。技术的发展和应用受医院内外环境、人际关系等因素的影响，受经济规律的制约。现代医院中的各种技术活动不可能由一个人或一个部门完成，因此技术管理应重视建立多学科、多部门协作关系网，协调好各种联系。

15.5.2 护理业务技术的主要内容

1. 常用护理技术的范围

（1）基础护理技术

基础护理技术指医院各科室通用的基本护理技术，包括一般护理技术和常用抢救技术。

一般护理技术包括：患者出入院处置，患者清洁与卫生，体温、脉搏、呼吸、血压的测量，各种注射穿刺技术、无菌技术、消毒隔离技术，洗胃、灌肠、导尿，各种标本采集，口服、吸入给药法，护理文件书写等。

常用抢救技术包括：给氧、吸痰、输血、止血包扎，胸外心脏按压，心电护，呼吸机使用等。

基础护理技术管理主要是制定工作规程和技术规范，加强监督评价，以及加强护士的职业道德教育。

（2）专科护理技术

专科护理技术是根据专科疾病特点和患者护理需要形成的，是护理工作中发展最快，专业技术要求较高的护理技术。随着医院内专业划分越来越细，专科护理的专业化程度也不断加深，需要大量具有较高专业水平的护理人员。国外最早出现的专家型护士就是在专科护理领域。

专科护理技术管理主要包括：通过加强业务学习和技术培训，全面提高护理人员的认识水平和实际能力；制定专科护理工作常规和技术规范；开展临床研究；重视与医生的合作；加强管理协调。

危急重症监护技术是专科护理技术的重要方面。现代医院建设中，危急重症患者的监护技术是发展最快的领域之一。在集中救治危急重症患者的重症监护部门（ICU）和心血管重症监护病房（CCU）中，护士发挥了较大作用。这类护理工作要求护士不仅要有良好的职业素质、扎实的基本功，还要有较系统的专科知识和技术水平，有敏捷的分析判断和处理问题能力；有健康的身体，以适应工作的需要。重症监护护士必须接受专门培训并获得资格。

（3）护理的新业务、新技术

新业务、新技术指医院开展的新的检查、诊断、治疗、护理方法和技术，以及新仪器、设备设施的应用等。对这类工作的管理，首先应经过论证，注意以患者利益为中心，有利于患者的康复；加快新业务、新技术质量标准的制定，并保证落实；加强护理人员的业务训练；做好有关信息收集整理工作和效果评价。

（4）护理信息档案管理

护理信息档案管理包括临床护理资料、护理技术资料、护理业务技术档案、护理业务工作档案和护理信息档案资料，应当设专门人员做好收集、登记和保管工作。

（5）护理技术的基础建设

护理技术的基础建设主要包括护理队伍的技术素质建设，器材设备的保障和建立护理科研和技术实验室，引进开发新技术，以及加强医德医风教育。

（6）整体护理技术管理

整体护理是一项综合护理技术，它除了要求护理人员全面掌握上述各项技术和运用护理程序外，还要求护理人员了解心理学、伦理学、社会学等方面的知识。护理不仅要有良好的愿望和态度，还要有一定的技术、技巧。应引导广大护理人员进行观念上的转变，提高认识，注意更新知识，认真学习整体护理、护理程序有关理论，准确把握其内涵，使得整体护理与模式沿着科学的轨道发展。

2. 护理差错的预防

医院护理工作范围广，工作环节多，操作具体，可能发生护理差错的机会也较多。有的护理差错直接导致对病人的伤害而构成医疗事故，因此抓好护理差错的预防工作，可以防微杜渐，对预防医疗事故有重要作用。大量事实证明，护理差错的发生也有一定的规律，并且可以通过有效的管理使差错发生率降低。护理差错的预防措施包括：加强对护理人员的责任心教育，培养严肃认真的工作作风；搞好业务训练，提高护理人员的专业技术水平；掌握科学的工作方法，落实各项规章制度，使各项工作规范化、操作程序化；抓好易发生差错的关键环节，设置管理或防范程序，预防为主。正确处理护理差错，一旦发生问题，首先要采取措施防止不良后果的进一步扩大，寻找问题发生的原因并制定补救措施，将发生的问题转化为改进管理的重要经验。

3. 人性化护理

随着社会的发展，人们对健康的要求越来越高，护理工作必须由“以疾病为中心”的护理向“以病人为中心”的护理转变。

（1）学会整体护理

整体护理是继功能制、责任制护理之后的一种新型、科学护理模式，对病人的护理追求连续性、系统性。包括病人入院、出院、出院后保健指导，纳入护理日程；病历资料和出院后随访工作等，都输入计算机，为病人身心提供方便。护理人员应具备较高的素质和高度责任感，不仅要有心理学、社交学、伦理学等理论知识，还要具有熟练的操作技术，能正确使用呼吸机、心电监护仪、CT 等先进仪器，有效地达到抢救危重病人的目的，从而提高诊断、治疗和护理技术水平。要养成处处为病人着想，坚持“病人第一、服务第一”宗旨，尽职尽责，耐心解答病人提出的问题及有关疾病知识询问，使病人主动配合治疗和护理，建立良好的护患关系。

（2）严谨语言行为，保持和谐关系

护士在与病人及其家属的交流中，要谨言慎行，若有语言行为的疏忽，极易造成纠纷。语言行为要讲原则，注意原则性，不讲无原则的话，不做无原则的事，丧失原则意味着丧失信任。言行输了理，也就丧失了主动权。护士面对的是身心不健康的人，是需要帮助关心的

人，语言行为要有感情。工作中应对病人始终报以同情、体贴、尊重的态度，急病人之所急，想病人之所想，给病人以希望和力量。

（3）团结协作，唤起有意注意

安全问题是医院工作的重心，医疗差错、事故不仅造成病人及家属的重大损失，而且招致社会信誉下降，病人群体的安全感丧失。在医疗进程中，护理人员与病人交流接触的机会最多，时间最长，加之护理工作的繁忙、琐碎及操作的重复性，因而发生差错的机会增多。在工作中必须做到：

① 鼓励护士间的团结协作，唤起有意注意；

② 倡导人文关怀，调控负性情绪；

③ 提倡不断提高，不断改正的精神；

④ 不断积累经验和提高自身的业务水平。

（4）具有法律意识及预防意识

在护理工作过程中，影响护理安全主要有四大因素：人、技术、设备、药品。在这四大因素中，人是最主要的因素，也是最具影响力的因素。因为创造一切的是人，影响一切的也是人，人的思想素质、责任感、事业心、质量观、业务能力、技术水平等均直接影响着医疗质量安全的成败得失。工作中必须学会避免医疗纠纷，坚持预防为主的方针，防患于未然，减少和控制因医疗纠纷引发的不良后果，维护自身的合法权益。

（5）严格查对制度、交接制度、物品管理制度

充分了解病人的身心状况，认真阅读交接班工作报告和医嘱，对新入院、危重、疑难症病人的病情，做到心中有数，防患于未然。详细巡视察看病人，进行护理查体，以便确切地掌握病情相关的第一手材料。

4. 医院感染管理

在预防和控制医院感染的工作中，护理系统起着重要的作用，护理人员及护理管理者是预防和控制医院感染的主力军。在医院感染发生的诸多环节中，与护理工作关系最密切的是护士每天都要完成的大量技术操作，以及具体实施消毒、灭菌、无菌技术和隔离技术等。因此，发挥护理管理系统在医院感染管理中的作用，控制护理工作中的各个环节，是预防医院感染发生的重要保证。护理管理应该加强对护理人员的教育，提高对医院感染危害的认识，掌握相关的知识技能，自觉采取防范措施，建立健全有关规章制度；承担有关医院感染预防和控制工作。

15.5.3 护理业务技术管理的主要方法

1. 制定和执行技术规范

（1）护理程序

护理程序是一种工作程序，可以帮助护士以患者为中心展开护理工作，全面、动态地把

握患者的情况，提供针对性强、连续性好的个性化护理。护理程序包括以下几个步骤：收集患者的情况并做评估；找出患者护理问题；制订护理计划；实施护理计划；评价护理效果。

（2）护理技术操作规程

护理技术操作规程主要是对各类操作性技术的规范，可以分为三类：

① 基础护理技术操作规程，是对各科通用的基本护理技术制定的统一规范；

② 专科护理技术操作规程，是根据不同专科的特点，制定的各专科护理技术操作规范；

③ 特别护理技术操作规程，是对需要进行专门培训，组织具有资格的专门人员从事的护理技术操作，如危重症监护、血液透析、腹膜透析等。

（3）疾病护理常规

疾病护理常规是对疾病护理一般性规律的描述和规定。可以分为三类：

① 特殊症状护理常规，指各种疾病均可能出现的共同症状的一般护理规则，如发热、昏迷、呼吸困难、头痛等。

② 各科一般护理常规，指根据某类专科疾病的共同点和一般规律制定的基本护理规则。

③ 各种疾病护理常规，指根据每一种疾病的特点制定的各项基本护理规定。

技术操作规程和疾病护理常规的内容不是一成不变的，应随医学科学的进步和护理专业的发展，不断补充和完善。

2. 建立管理制度

（1）岗位责任制

岗位责任制是医院重要的管理制度之一，它明确了各级护理人员的责任，做到事事有人管，人人有专责，有利于提高工作效率和质量，有利于管理监督评价。

（2）一般护理管理制度

医院作为一个复杂系统，其运行主要是靠有效的运行机制。护理管理的运行，也有赖于制度的落实。一般制度主要包括：病人住院制度、分级护理制度、值班制度、交接班制度、查对制度、消毒隔离制度、探视及陪住制度、差错事故管理制度、护理登记制度、护理业务查房制度和药品管理制度等。

（3）各部门管理制度

主要包括：病房工作制度、门诊工作制度、急诊工作制度、手术室工作制度、分娩室工作制度、婴儿室工作制度、供应室工作制度、治疗室工作制度等。

本章参考文献

1．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000

2．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007

3．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

4．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
5．哈罗德·孔茨．管理学[M]．北京：经济科学出版社，1998
6．张彤等．浅谈加强护理管理[J]．航空航天医药，2009，20（1）：48～49
7．唐艳秋．现代护理工作的几点思考[J]．中外医疗，2008（34）：156
8．徐钳花．护理管理如何体现新要求[J]．中外健康文摘，2009，8（3）：18～19
9．舒小芳．试析我国护理管理的现状与问题[J]．中华现代护理学杂志，2009，6（5）：404～405
10．周勤．关于提高护理管理质量的思考[J]．中医药管理杂志，2009，17（1）：80～81

第 16 章　医院感染管理

16.1　我国医院感染简介

医院感染是感染性疾病领域内一个具有挑战性的难题。医院感染不仅直接增加病人的痛苦与经济负担，而且影响了医疗综合指标的完成，阻碍现代医学的进步与发展，已成为现代医学、医院管理学领域中亟待探讨研究的一个重要课题。

医院感染学是研究在医院获得的一切感染的发生、发展、控制和管理的一门学科，其基础学科包括流行病学、传染病学、预防医学、消毒学、临床微生物学、临床疾病学、免疫学、抗生素学、卫生统计学、护理学、医院管理学等。医院感染学与传染病学同属于感染疾病学范畴，其共同点是：都是由生物因子致病；有传染性；流行性，都可表现为散发、流行或暴发；有免疫性，病后免疫力以传染病感染为强。两者的区别是：传染病由致病力强的病原体引起，均为外源性感染，医院感染多由致病力弱的条件致病病菌引起，有外源性和内源性感染两种；外源性感染的预防控制用传染病预防方式，而后者则除了消毒、灭菌和隔离外，还涉及临床诊疗多个方面。

16.1.1　医院感染概述

感染的起源可以追溯到生命和疾病的发生。在我国，对传染性疾病可以相互传染的认识自古就有论述，明朝李时珍所著的《本草纲目》中就有对感染预防的阐述。我国医院感染的研究和监控工作始于 20 世纪 80 年代初期，晚于世界发达国家约 30 年。尽管起步较晚，但发展非常迅速，纵观我国医院感染研究的历史沿革，大体上经历了发展初期、普及发展时期和发展提高时期等三个时期。到目前为止，已发展到遍及全国 30 多个省市自治区的 100 多家医院，已逐渐步入规范化、标准化、系统管理化的良性轨道。

（1）医院感染的定义

按照世界卫生组织的定义，医院感染是指“凡是住院患者、陪护人员或者医院工作人员因医疗、护理工作而被感染引起的任何临床显示症状的微生物疾病，不管受害对象在医院是否出现症状均视为医院感染”，包括病人在医院获得而在出院后才显示的感染和医院工作人员的职业性感染。

（2）医院感染对象

医院感染对象应涵盖医院这一特定范围内，所在医院时这一特定时间内的所有人员，包括住院病人门诊病人、探视者、陪护人员及医院工作的各类人员等。从理论上讲，上述人员

在医院内所获得的感染和疾病都应视为医院感染。但就客观现状而言，门诊病人、探视者、陪护家属及其他流动人员，由于在医院停留时间短暂，加之其他感染因素甚多，常难以确定感染是否来自医院，因此人们在确定医院感染对象时，主要指的是住院病人和医院工作人员。而又因为医院工作人员有时候很难排除医院外感染的情况，因此统计医院感染发生率时，其对象仅限于住院病人。

（3）医院感染的时间界限

医院感染是指病人在住院期间和出院后不久发生的感染，不包括病人入院前已存在或入院时已处于潜伏期的感染。有规定认为，“不论受感染者在医院期间或是出院后出现症状均为医院感染，对潜伏期不明的感染，若发生于入院后也列入医院感染”，同样若病人某次住院前和住院后的感染是前次住院期间所得，也应列为医院感染。

16.1.2 医院感染的分类

通常情况下，医院感染可根据病原体的来源、感染部位、感染的微生物种类等进行分类。如果按病原体来源进行分类，则可分为内源性感染和外源性感染两大类，简述如下：

（1）内源性医院感染

内源性医院感染也称自身医院感染（autogenous nosocomial infection），通常是指在医院内由于各种原因，病人受到其自身固有细菌侵袭而发生的感染。内源性感染的特点是，定植或寄生在人体的正常菌群，在特定的条件下，由于人体间的平衡被打破而成为条件致病菌。内源性感染通常有下列几种情况：

① 寄居部位的改变；

② 宿主的局部或全身免疫功能低下；

③ 菌群失调；

④ 二重感染等。

此类感染可以通过消灭病毒、灭菌、隔离等措施及加强卫生宣传教育得到预防和控制。

（2）外源性医院感染

外源性医院感染也称交叉感染（cross infection），是指病人遭受医院内非本人自身存在的各种病原体侵袭而发生的感染。这种感染绝大多数情况下是通过人与人之间的传播所引起的，如从病人到病人、从病人到医务人员或医务人员到病人的直接感染，此外也可通过物品、环境（空气传播）对人体间接感染。外源性感染成散发性，目前多数外源性感染也无有效预防措施，发病的比率逐年上升，成为医院感染控制的难点和热点。

16.1.3 医院感染诊断步骤和原则

1. 诊断步骤

医院感染的诊断步骤包括以下四个方面。

① 临床资料：包括直接观察感染部位及病人的症状和体征进行判断；

② 实验室检查：包括病原体直接检查或通过分离培养及抗原抗体的检测确立诊断；

③ 特殊检查：指通过 X 线、超声波、CT、MRI、内镜、组织活检和针抽吸物检查等；

④ 按卫生部（2000 年）颁布的《医院感染诊断标准（试行）》进行判段。

2. 诊断标准

（1）医院感染

下列情况属于医院感染。

① 无明确潜伏期的感染，规定入院 48 小时后发生的感染为医院感染；有明确潜伏期的感染，自入院时起超过平均潜伏期后发生的感染为医院感染；

② 本次感染直接与上次住院有关；

③ 在原有感染基础上出现其他部位新的感染（除外脓毒血症迁徙灶），或在原有感染已知病原体基础上又分离出新的病原体（排除污染和原来的混合感染）的感染；

④ 新生儿在分娩过程中和产后获得的感染；

⑤ 由于诊疗措施激活的潜在性感染，如疱疹病毒、结核杆菌等的感染；

⑥ 医务人员在医院工作期间获得的感染。

（2）非医院感染

下列情况不属于医院感染。

① 皮肤黏膜开放性伤口只有细菌定植而无炎症表现；

② 由于创伤或非生物性因子刺激而产生的炎症表现；

③ 新生儿经胎盘获得（出生后 48 小时内发病）的感染，如单纯疱疹、弓形虫病、水痘等；

④ 患者原有的慢性感染在医院内急性发作。

16.2　医院感染流行病学

16.2.1　医院感染的传染链

1. 传染源

医院感染根据其来源不同大致可分为三个方面。

（1）外源性

外源性感染是指病人在住院期间通过污染的物品、器械、空气、水、食品等直接或间接方式，形成住院病人陪护人员、医务人员之间交叉感染。造成这种感染最主要的原因是未能实行严格的消毒隔离制度及无菌操作规程。

（2）内源性

此类感染系某些条件致病菌所致，多源于病人自身。如一些患有较为严重疾病的患者，尤其是老年和小孩患者，在其自身免疫力减低、抗病能力下降时，人体内一些通常不致病的微生物引起的感染。

（3）医源性

由于医学科学的不断进步，各种新的诊断治疗手段不断推出，这些手段一方面为临床解决了诸多实际问题，但另一方面则易给病人造成感染。

2. 传播途径

医院感染的传播途径大致可归纳为三种。

（1）接触传播

接触传播是医院感染最常见和最重要的传播方式之一。根据病原体从感染源排出到侵入易感人群之前是否在外界停留，又可分为直接传播与间接传播，前者是指病人或医务人员直接与感染源接触而获得感染；后者是指病原体从感染源到医务人员手，再污染医疗设备设施和病人用具，再传播给其他病人。

（2）媒介传播

病人治疗所用的血液制品、药品、食品、饮水等均可传播，如输血后可发生肝炎、疟疾甚至艾滋病，食品被污染可发生菌痢等。

（3）空气传播

空气飞沫传播在医院感染中占有很大比重，如流感病毒、结核杆菌等均可在病房内传播。此外，某些含病原体分泌物，散落在地面或各种物品上，干燥后在清扫人员走动、机械抖动、病床整理或物品递送时，可将尘埃扬起，形成菌尘传播。

3. 医院感染的易感人群

医院感染的易感人群包括以下几类。

① 婴幼儿及老年人。因为婴幼儿免疫功能尚未发育成熟，而老年人由于年龄老化，生理防御功能减退。

② 临床上长期使用广谱抗菌药物治疗者。由于长期使用广谱高效抗菌药物，使得细菌产生耐药和菌群失调而使病原菌易感。

③ 机体免疫功能受损病人。如患血液系统疾病、恶性肿瘤、慢性肾病、肝病患者等，由于机体免疫能力低下而对病原微生物易感。

④ 长期接受免疫抑制剂治疗者。如抗癌药物、皮质激素、放疗等，均可对病人的免疫功能造成损害而易感。

⑤ 接受各种侵袭性操作的病人。各种有创操作均可直接损伤皮肤与黏膜的屏障作用，为病原微生物入侵提供便利。

⑥ 长期住院病人。一般来说，病人住院时间越长，病原微生物定植的概率就越大，相

对发生医院感染的危险性则越大。

⑦ 手术时间长者。手术时间越长，则意味着麻醉时间也越长，手术部位组织受损状况也越严重，这样易导致病人局部及全身抵抗能力下降，加之手术者因疲劳使得操作准确性降低等因素，使病人对病原微生物易感。

16.2.2　医院感染的分布

医院感染的分布大体上可分为以下三种。

（1）人群分布

大量调查表明，医院感染与年龄密切相关，即婴幼儿和老年人感染率高，主要与抵抗力降低有关。某些部位的感染存在性别差异，如泌尿道感染女性多见。此外，尚与病人自身所患基础疾病相关，如恶性肿瘤、血液系统疾病以及内分泌、营养代谢和免疫缺陷病人，医院感染率明显增高。

（2）科室分布

国外大量资料分析认为，外科系统所属科室感染率较高，而我国则以内科系统感染率偏高，其次为外科和儿科，五官科发病率最低。

（3）部位分布

根据我国 1996 年全国医院感染监控系统资料报告，我国医院的感染率为 8%，以下呼吸道、外科切口部位、消化道和泌尿道感染为主，这四个部位占整个感染部位的 70%，其中下呼吸道和手术切口部位感染分别占 33%和 21%。

16.2.3　医院感染的监测

医院感染监测是指系统地、主动地、连续地观察一定人群中在医院的感染发生和分布及各种影响感染的因素；对监测资料定期进行分析，并向有关人员反馈，以便及时采取预防和控制措施，并对预防和控制的效果和效益进行评价，不断改进，以达到降低医院感染率的目的。医院感染监测的类型包括以下两种。

（1）全面综合性监测

医院采取前瞻性方法，进行全面综合性监测，即连续不断地对医院的所有单位、所有病人和医务人员的所有感染部位及有关因素进行综合性监测，以此看出各科室、病房的感染率，重点科室、高位人群及各种感染的易感因素及其耐药性。这种监测不仅可以提供一所医院的感染控制情况，而且能鉴别潜在的医院感染的积聚性，不足之处是费用成本高和劳动强度大。

（2）目标性监测

该类监测是将优先的人力、物力用于解决某些重点问题的监测，包括重点项目监测、特殊感染部位或者特殊部门的监测，轮转监测（医院所有区域周期性轮流被监测），暴发监测等。目标性监测更清楚地反映了感染的危险因素，有利于进行部门之间的比较。

16.3 医院感染管理

医院感染管理是临床医学、预防医学、管理学中的边缘学科，其主要职能是使医院管理按预防医学的规律正常运行，保证医院病人、医务人员和社会人群不受环境中有害因素的侵袭和影响，并提高医疗质量。

16.3.1 医院感染管理内容

医院感染是针对在医疗、护理、检验活动过程中不断出现的感染情况，运用有关理论和方法，总结医院感染发生规律，并减少医院感染而进行的有组织、有计划的控制活动。医院感染管理是医院管理的重要组成部分，在确保医疗质量、医疗水平和促进医学发展中有着重要意义。因此必须将医院感染管理作为医疗质量管理的重要内容纳入医院管理工作。

医院感染管理的目的在于不断提高医务人员预防医院感染的意识，在医疗实践过程中通过一系列制度和措施的落实和执行，达到降低医院感染发生率的目的，此项工作的意义不但能全面提高医疗质量，缩短平均住院日，增加病床周转率，而且可减少不必要的医疗护理负担，节约卫生经费，对促进医学的发展等均有极其重要的作用和现实意义。

医院感染管理分为行政管理和业务管理。行政管理包括建立健全医院感染管理组织，完善相关管理制度，制定相关的工作规范和评价标准；业务管理包括医院感染监测，消毒灭菌与隔离，抗菌药物合理使用，重点部门管理，医疗废物的安全管理等。上述内容适用于各级各类医疗卫生机构。

16.3.2 医院感染管理组织与职责

1. 医院感染管理组织结构

《医院感染管理规范（试行）》指出，各级各类医院必须成立医院感染管理委员会，委员会由医院感染管理科、医务处（科）、门诊部、护理部、临床相关科室、检验科、药剂科、消毒供应室、手术室、预防保健科、设备科（器材科）、后勤等科室主要负责人和抗感染药物临床应用专家等组成，在院长或业务副院长领导下开展工作。

300 张床位以上的医院设立感染管理科，300 张床位以下的医院应配备医院感染管理专职人员。医院感染管理专职人员的配备规定是：1000 张床位以上的大型医院不得少于 5 人；500 张床位以上的医院不得少于 3 人；300～500 张床位的医院不得少于 2 人；300 张床位以下的医院不少于 1 人，基层医疗机构必须指定专人兼职负责医院感染管理工作。

2. 医院感染管理组织职责

（1）医院感染管理委员会职责

医院感染管理委员会的主要职责是：

① 依据有关政策法规，制定全院控制医院感染规划、管理制度，并组织实施；

② 根据《综合医院建筑标准》、有关卫生学标准及预防医院感染的要求，对医院的改建扩建和新建，提出建设性意见；

③ 对医院感染管理科拟定的全院医院感染管理工作计划进行审定并对其工作进行考评；

④ 建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的重大事项，遇有紧急问题随时召开会议。

（2）医院感染管理科职责

医院感染管理科为赋予一定管理职能的业务科室，具体负责全院医院感染控制工作的技术指导、管理与监督。医院感染管理专职人员必须经过省级以上卫生行政部门的医院感染管理培训，取得省级卫生行政部门颁发的《医院感染管理专业岗位培训证书》。相关人员考核合格后，才能从事此项工作。医院感染管理专职人员的晋升、聘任等享受卫生专业技术人员同等待遇。医院感染管理科的主要职责如下：

① 根据同家和本地区卫生行政部门有关医院感染管理的法规、标准，拟定全院医院感染控制规划和工作计划，组织制定医院及各科室医院感染管理规章制度，经批准后，具体组织实施监督和评价；

② 负责全院各级各类人员预防、控制医院感染知识与技能的培训考核；

③ 负责进行医院感染发病情况的监测，定期对医院环境卫生学、消毒和灭菌效果进行监督、监测，及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定控制措施，并督导实施；

④ 对医院发生的医院感染流行、暴发进行调查分析，提出控制措施，并组织变施；

⑤ 参与药事管理委员会关于抗感染药物应用的管理，协助拟定合理用药的规章制度，并参与监督实施；

⑥ 对购入消毒药械、一次性使用的医疗和卫生用品进行审核，对其储存、使用及用后处理进行监督；

⑦ 开展医院感染的专题研究，有条件的省市级医院、医学院附属医院可建立实验室或研究室；

⑧ 及时向主管领导和医院感染管理委员会上报医院感染控制的动态，并向全院通报。

（3）医务管理部门的职责

① 协助并组织医师和医技科室人员进行预防、控制医院感染知识的培训；

② 监督指导医师和技术人员严格执行无菌技术操作规程、抗感染药物合理应用及一次性医疗用品的管理等有关医院感染管理的规章制度；

③ 发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调医院感染科组织相关科室、部门开展感染调查与控制工作，根据需要进行医师人力调配，组织对病人的治疗和善后处理。

（4）护理部门的职责

① 协助组织全院护理人员预防、控制医院感染知识的培训；

② 监督，指导护理人员严格执行无菌技术操作，消毒、灭菌与隔离，一次性使用医疗用品的管理等有关医院感染管理的规章制度；

③ 发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行护士人力调配。

（5）后勤部门的职责

① 负责组织医院医疗废物的收集、运送及无害化处理工作；

② 负责组织污水的处理、排放工作，符合国家“污水排放标准”要求；

③ 监督医院营养室的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求；

④ 对洗衣房的工作进行监督管理，符合医院感染管理的要求。

（6）药剂科的职责

① 负责本院抗感染药物的应用管理，定期总结、分析和通报应用情况；

② 及时为临床提供抗感染药物信息；

③ 督促临床人员严格执行抗感染药物应用管理制度和应用原则。

（7）检验科的职责

① 负责医院感染常规微生物学监测；

② 开展医院感染病原微生物的培养分离、鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，向有关部门反馈，并向全院公布；

③ 发生医院感染流行或暴发时，承担相应检测工作。

（8）科室医院感染管理小组

科室医院感染管理小组是医院感染管理的三级组织，属操作层。由科主任担任组长，护士长任副组长，组员由 1～2 名医师和 1～2 名护士组成。其主要职责是：

① 拟定本科室医院感染管理各项工作制度、计划、措施及预案；

② 对本科室医护人员进行医院感染知识培训，认真落实各项无菌技术操作、消毒隔离及医护人员的职业防护；

③ 做好本病区（房）的医院感染消毒灭菌工作，完成医院感染环境卫生学监测，监督本科室合理使用抗感染药物；

④ 发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染科，并积极协助调查；

⑤ 做好卫生员，配膳员、陪护人员、探视者的卫生学管理。

（9）医务人员的职责

① 严格执行无菌操作技术、操作规范等医院感染管理的各项规章制度；

② 掌握抗感染药物临床应用原则、做到合理使用；

③ 掌握医院感染诊断标准；

④ 发现医院感染病例，及时送病原学检验及药敏试验，查找感染源感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，如实填表报告；发现有医院感染流行趋势时，及时报告感染管理科，并协助调查发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定报告；

⑤ 参加预防、控制医院感染知识培训；

⑥ 掌握职业暴露及职业防护知识，正确进行各项技术操作；

⑦ 建立职业暴露登记制度，防止血源性感染疾病，若发生针刺伤和锐器伤，必须马上进行紧急处理并及时报告医院感染科，采取相应的预防控制措施。

16.3.3　医务人员的感染管理

在我国医院工作的医务人员约有 390 万人，由于职业的特殊性，在日常的医疗活动中，接触各种感染性疾病的机会增加，职业危险与职业性感染（occupational transmission，occupational infection）的问题已摆在面前，预防与控制医院感染是保证病人安全、提高医疗质量、维护医务人员职业健康的一项重要工作，应引起广大医务人员高度重视及关注。

1. 医务人员感染的现状

随着现代医学的进步与发展及医疗技术的提高，各种侵入性操作日益增多；临床抗菌药物的广泛应用，以及病原体的变化，使医院感染日趋为国际医学界所关注。中华人民共和国卫生部 2000 年颁布的医院感染诊断标准已明确指出“医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染”，并要求采取预防与控制措施。

（1）医院内传播和医务人员的感染

2002 年 11 月底，传染性非典型肺炎（SARS）所造成的医务人员医院内感染的暴发流行，把医院感染的预防与控制提高到一个前所未有的重要地位，也把以往人们并未十分关注的医务人员的职业感染和职业防护问题充分暴露在所有人面前，提醒我们加以重视。

（2）医务人员医院感染的主要病原菌

据有关文献报道，医务人员医院感染的主要病原菌为肝炎病毒（A、B、C、D、E）、HIV、EBV、结核分支杆菌、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒（1 和 6 型）、幽门螺杆菌、引起出血热的各种病毒、伯氏考克斯体（coxiella burnetii）、布氏疏螺旋体（Borrelia burgdorferi）、发酵点原体（mycoplasna fermentans）等。报道较多的是 HBV、HCV、HIV 和结核菌等，结核病是医务人员医院感染较常见的一种疾病。

（3）医务人员医院感染的高危人群

医务人员的医院感染涉及医院的各类人员，包括医师（实习、见习和进修）、护士（实习、见习）、实验室工作人员（临床、非临床）、技术员、血液透析、存尸房工作人员等。

2. 医务人员感染的途径

医务人员医院感染的主要途径是接触了患者的血液和体液，如 HBV、HCV 和 HIV 等病毒都是通过医务人员接触患者的血液或体液而感染。

（1）皮肤黏膜暴露

医务人员在日常医疗活动中，每时每刻都要面临各种不同的患者，皮肤黏膜都暴露于患者的血液或体液中，存在着医务人员与患者双向传播的危险。国外有调查显示，手术室、血

透室、口腔科、普外科、神经外科、整形外科等都具有很高的职业暴露危险。

（2）手污染

医务人员在频繁的医疗护理工作中，许多工作都是通过手来完成的，因此医务人员手上各种细菌数量往往比常人多，手的污染相当严重。有研究表明，医务人员接触患者污物后未洗手时，手的带菌率为 100%，主要的病原菌是金黄色葡萄球菌、真菌、表皮葡萄球菌、大肠埃希菌、枯草杆菌、变形杆菌、铜绿假单胞菌等。大量的流行病学的调查表明，手是医院感染的重要传播媒介，洗手则是阻断病原菌传播的关键，是标准预防的重要方法之一。

（3）空气污染

空气中的微生物来源于呼吸道分泌物、伤口脓液、各种排泄物、皮肤屑等，干燥后则形成菌尘，通过呼吸、咳嗽、打喷嚏、清扫整理病房（床）、人员走动、物品传递、空气流动等扬起，污染空气。再加上一些医疗器械，如呼吸机、雾化器、吸引器等在操作过程中也会把病原菌散到空气中，引起呼吸道感染和手术切口感染，还可通过被污染的医疗器械间接感染人体，导致输液污染等。医务人员长期处于医院空气污染的环境中，易引发医院感染的危险，病原体经空气污染传播疾病是医院感染的重要途径之一。

（4）其他相关因素

其他相关因素包括医院感染管理组织不健全，各种消毒隔离制度不落实，医院感染管理委员会、医院感染管理科、医院感染管理小组未能充分发挥监督管理职能，医务人员医院感染认识不足，职业防护意识薄弱，无菌观念淡薄，未能严格按照《医院感染管理规范》、《消毒技术规范》进行各种技术操作，医务人员处于易感期等。

3. 医务人员医院感染的控制和预防

（1）加强管理

应完善各级各类医疗机构的医院感染管理组织，建立健全各种医院感染管理、消毒、隔离制度，无菌技术操作、抗菌药物合理使用、一次性医疗用品、消毒药械管理制度，医疗废物管理制度，医务人员职业暴露制度（针刺伤登记制度），医院感染暴发控制制度及突发公共卫生事件应急预案等。

（2）提高医务人员职业安全意识，有效降低医院感染

医院应针对性地举办各级各类医务人员医院感染知识培训、继续教育和岗前教育，不断提高医务人员职业安全意识，自觉地做好自我防护，有效降低医务人员医院感染的发生。比如医院继续教育主管部门必须对各级管理和医务、工勤人员进行预防、控制医院感染知识的常规培训，培训内容包括管理知识和专业知识。

管理知识包括职业道德规范和医院感染管理相关的法律、法规、规章和制度等，各类人员均必须掌握。专业知识应根据专业或职业的特点决定。各级管理人员应了解医院感染管理工作及理论的进展和本院、本管辖领域医院感染管理的要点及相关管理知识；医务人员应掌握无菌技术操作规程、医院感染诊断标准、抗感染药物合理应用、消毒药械正确使用和标准

等相关知识；工勤人员应掌握预防、控制医院感染的基础卫生学和相关消毒药械的正确使用等基本知识。医院必须对新上岗人员、进修生、实习生进行预防医院感染知识的岗前培训，时间不得少于 3 学时，考核合格后方可上岗。

（3）标准预防

由于“普遍预防”和“体内物质隔离法”不能预防经空气和微粒传播性疾病，而且“普遍预防”不能防止非血源性传播疾病，强调的是医务人员医院感染的防护。针对这种情况，在 20 世纪 90 年代早期，美国 CDC 提出了“标准预防”（standard precaution）的概念。标准预防是针对所有的患者在未诊断之前所采用的普遍预防，以降低医务人员和患者之间病原微生物传插的危险性。

“标准预防”认定病人的血液、体液、分泌物和排泄物均具有传染性，需进行隔离，不论是否具有明显的血迹污染或是否接触非完整的皮肤与黏膜，接触者必须采取隔离预防措施。

标准预防既防止血源性疾病的传播，也防止非血源性疾病的传播；强调双向防护，既防止疾病从病人传至医务人员，又防止疾病从医务人员传至病人，因此，既保护病人，又保护医务人员。

标准预防的主要防护措施包括以下几点。

① 洗手：洗手与无菌操作是防止医务人员在医疗活动中因操作不当而引起外源性医院感染的基本措施，也是衡量每位医务人员职业道德的重要标准。

② 手消毒：进入和离开隔离病房，穿脱隔离衣前后，接触血液、体液和被污染的物品后，接触特殊感染病原体后，均要求对手进行消毒，以去除暂居微生物及破坏或抑制部分常居微生物。

③ 手套：当要接触血液和其他体液以及使用被血液和体液污染物品时，应带手套。手套使用后，接触无污染物品前，以及接触下一个患者之前应立即脱去。

④ 帽口罩及防护眼镜：可防止感染性体液溅到工作人员的头部、口腔及黏膜，带口罩还可以阻断大颗粒气溶胶和小颗粒气溶胶传播。

⑤ 长工作服：在有可能产生血液或体液喷溅，或引起衣服污染的操作时应穿长袖、长褂工作服。

⑥ 针头和锐器：用过的针头不要再套针帽，用过的针头、刀片或其他尖锐器械应立即放入耐刺的锐器盒中，针头不要用手弄弯和折断。使用带防御装置的注射器和翼状针可减少针刺伤的发生。

4. 针对预防

针对预防是针对已明确诊断的且有传染性病菌的患者，对于这些病原菌需要有除标准预防以外的措施。

① 免疫计划：考虑某种感染的危险程度和感染发生的频率进行预防接种，使用疫苗接

种应尽量在工作人员进入高危工作区之前进行；

② 空气传播预防：通过空气处理和通气（通风）来防止空气传播，也需要合适的呼吸道防护（戴口罩）；

③ 飞沫传播预防：飞沫传播是指含有病原微生物的呼吸道分泌物或大颗粒飞沫接触眼睛或鼻子、口腔黏膜，这些飞沫是由咳嗽、打喷嚏或谈话时传播的，在与患者接触时应戴口罩；

④ 接触预防：主要指皮肤黏膜暴露至刺伤时，暴露于污染血后的应及时处理，按常规脱手套；健侧手立即从近心端向远心端挤压受伤部位，使部分血液排出，尽量减少受污染；同时用流动的净水冲洗；用碘酒、酒精消毒受伤部位；

⑤ 医务人员要加强标准预防知识的培训，尽量减少可能造成医务人员伤害的不必要操作，建立并遵守规范化操作的程序，建立针刺伤和血液、体液接触后及时报告制度。发生针刺伤后的处理原则是及早报告，注射 HBIG 或乙肝疫苗，改善工作环境与条件，配备必要隔离设施，尽量减少医务人员的伤害，医院要开展对医务人员、血源性感染、针刺伤、锐器伤后感染 HBV、HCV、HIV 等经血传播疾病的流行病学调查。

16.3.4 医院感染质量管理

医院感染的质量管理主要包括医院感染的监测、控制以及管理质量考评，其考评标准严格参照中华人民共和国卫生部颁布的《医院感染管理规范（试行）》执行。

1. 医院感染管理制度

医院感染管理制度是搞好医院管理的基础和重要保证，也是医院感染管理中一个重要的组成部分。制定一整套科学实用的管理制度来规范医务人员的行为，加强制度的建设和学习，并认真贯彻执行，对于提高防范意识，降低医院感染的发生率是极为重要的。为此，中华人民共和国卫生部于 2000 年 11 月 30 日颁布了《医院感染管理规范（试行）》，以下简称《规范》，共有七章六十八条。

《规范》就医院感染的监测，医院感染的控制，重点部门的医院感染管理，病房的医院感染管理，治疗室、处置室、换药室、注射室的医院感染管理，产房、母婴室、新生儿病房（室）的医院感染管理，ICU 的医院感染管理，血液净化室的医院感染管理，手术室的医院感染管理，消毒供应室的医院感染管理，输血科（血库）的医院感染管理，内镜室的医院感染管理，导管室的医院感染管理，检验科及实验室的医院感染管理，营养室的医院感染管理，洗衣房的医院感染管理，医院污物的管理等，均做出明确的规定。各级各类医院必须严格按照（规范）的管理标准执行。

2. 医院感染的监测

医院感染监测是指长期、系统、连续地观察、收集和分析医院感染在一定人群中的发生、

分布及其影响因素，并将监测结果报送和反馈给有关部门和科室，为医院感染的预防控制和管理提供科学依据。《规范》就医院感染的监测（包括医院感染病例监测、消毒灭菌效果监测、环境卫生学监测）规定，医院必须对病人开展医院感染监测，“掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等。

3. 医院感染的控制

《规范》就医院感染的控制（医院感染散发的报告与控制，医院感染流行、暴发的报告与控制，消毒灭菌与隔离，消毒药械的管理，一次性使用无菌医疗用品的管理，抗感染药物应用的管理）做出明确的规定。当出现下列情形时，医院应当根据《规范》的规定查找感染原因，采取有效控制措施；确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的有关规定报告和控制。

① 医院感染散发病例，即医院感染在某医院或某地区住院病人中为历年的一般发病率水平。历年是指情况大致相同的年份，历年的一般发病率水平可因医院、时间、感染部位的不同而有所差异。

② 医院感染流行，即某医院、某科室医院感染发病率显著超过历年散发发病率水平。

③ 医院感染暴发，即在某医院、某科室的住院病人中，短时间内突然发生许多医院感染病例的现象。

④ 医院感染流行趋势，即在某医院、某科室的医院感染病例数增加快，短期内不能控制。

4. 医院感染管理质量考评

医院感染管理质量考评是医院感染管理必要的手段，目的是对医务人员在医疗活动中每一个环节进行综合监测，合理考评，从而提高广大医务人员的医院感染意识，促进《医院感染管理规范（试行）》，《消毒技术规范》的贯彻落实。具体做法是：将医院感染管理质量标准和任务指标进行量化，根据不同的检查内容，设立不同的分值，每月分科、分病区、分部门进行检查，每季度集中考评，将每次考评的情况及时反馈给有关部门或科室，按得分高低进行奖罚。医院感染管理质量控制与评价将有利于促进医疗和护理水平的提高。

目前，一些医院感染管理工作滞后，重视程度不够，组织机构不健全，设施、设备不达标；有的医院感染管理制度不健全，落实不到位；有的医护人员缺乏医院感染知识，操作不规范。各级、各类医疗机构的管理者一定要充分认识做好医院感染管理工作的重要性，并将其摆上重要工作日程。

第一，医疗机构必须严格按照《医院感染管理办法》的规定，健全医院感染管理的责任制，严格执行有关的技术操作规范和工作标准，保证各项制度切实得到落实。第二，要加强医院感染相关知识和技能的培训。要把医院感染的专业知识作为岗前培训的重要内容，把对医院感染知识的掌握作为管理人员和医务人员上岗的必备条件。第三，加强行业自律，依法监督检查。医疗机构对医院感染必须严格实行《医院感染管理办法》规定的监测制度。卫生

行政部门要依法加强监督检查。发现问题后，有关部门要及时按照有关规定进行处置。要端正办院思想，为人民健康把好关。对检查中发现的问题，有关部门要立即行动起来。要出重拳，采取切实的措施进行整改。同时，要从长远考虑，按照规律完善相关的体制和机制，形成对院内感染的长效监督机制，确保医院安全让人民群众放心。

5. 医院重点部门的感染管理要点

（1）门、急诊

① 医院的急诊、儿科应该与门诊分开，有单独的进出口和隔离间。

② 传染科与肠道门诊的人员、器材和设备固定；挂号、化验、药房、诊疗活动均独立，专用出入通道；肠道门诊有专用厕所。

（2）病房

① 各科病房有符合各科特点的医院感染管理制度，配合医院感染专职人员完成各项医院感染检测控制工作。

② 病人安置原则是感染与未感染病人分开，同类感染病人相对集中，特殊病人单独安置。

③ 传染病房分区明确，流程合理，严格探视陪护制度。

（3）产房、新生病房

产房应该设立待产室和隔离分娩室，母婴同室中发生感染性疾病应该进入隔离母婴室，新生儿病房应该相对独立，入口处有洗手设备。

（4）重症监护病房

对多重耐药菌株有感染者应当隔离，严格实施消毒隔离措施，加强各种导管的护理和室内设施的消毒处理。

（5）血液透析室

病人常规接受透析前肝炎、艾滋病病毒等的化验检查。有专用隔离透析机和急诊透析机，一次性使用透析器应当按照说明一次性使用，工作人员定期体检，加强个人防护。

（6）手术室

有严格的洗手制度及其监督制度；限制手术室内人员数量，隔离手术病人；术后应当进行消毒，接送病人的平车车轮应当每次清洁和消毒。

（7）消毒供应室

建筑布局与工作分区合理，在物品回收、消毒、洗涤、敷料制作、组装、灭菌、储存发送全过程中，人流、物流不能逆行与交叉，灭菌物品有灭菌标志与灭菌日期，在有效期内使用，有消毒灭菌的标准检验制度。

（8）口腔科

设立器械清洗室和消毒室，每天工作结束以后诊疗室应当消毒；与伤口、血液接触的器材（如手机、车针、洁牙器等）均采用快速压力蒸汽灭菌；修复用的印模、石膏等采用中效

以上消毒办法；麻醉药品使用小包装，启封后使用不能超过 24 小时；防止 X 线照相室内的交叉感染，医务人员加强个人防护。

（9）内镜室

设有诊察区、洗涤消毒区、清洁区，进入人体无菌组织内镜和活检钳，每次使用后必须灭菌，接触黏膜的内镜使用后必须高效消毒，消毒灭菌钳内镜必须彻底清洗，去掉黏液血污。

（10）检验科

菌种、毒种按照《传染病防治法》、《病原微生物实验室生物安全管理条例》管理。实验动物严格管理，防止人与动物交叉感染；动物尸体应当无害化处理，严格遵循医疗废物管理制度，各种实验标本按照感染性废物管理；实验报告应当安全发放给病人。

16.3.5　现存问题及对策

1. 问题

（1）容易产生医疗纠纷

医院感染可由多种因素造成，涉及医院的预防及控制、医务人员、陪护和探视者等，在住院患者中很难完全避免，不可能绝对杜绝。在我国，各类医院的医院感染发生率在 5%～10%之间，不能仅凭患者发生了医院感染医院就得承担责任。就我国目前的医院管理现状和医务人员对医院感染的意识而言，实际上存在诸多医患纠纷的潜在危险因素。

随着我国法制建设进程的逐步推进，加之人们对医疗服务需求日益增加，各种医疗措施也日趋复杂化，但与医院感染相关的法律纠纷却未能引起医院管理者们应有的重视。尽管我国法律并未绝对规定医院不能发生医院感染，但如果医院感染发生是由于管理体制不健全或是由于医务人员的工作疏忽所致，医院必须承担相应的责任。

2000 年 11 月我国卫生部颁布了《医院感染管理规范（试行）》。《医院感染管理规范》第一条阐明“为加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，保障医疗安全，提高医疗质量，制定本规范”。医务人员在医疗活动中，违反《医院感染管理规范（试行）》的规定，导致住院患者发生医院感染，如果造成患者人身损害并达到医疗事故分级标准的程度，同样属于医疗事故。患者为了控告医院玩忽职守，必须证实医院未执行某一标准或医院自身制定的规章而造成其损害。如果法院认定医院感染是由于院方造成，则医院势必会受到一定法律的处罚。在涉及医院感染的法律纠纷中，法院可根据一些细节进行评判，如医务人员未遵守有关预防医院感染的规章制度或未采取控制措施，法庭就可判定医院未履行其职责等。相关细节如下。

① 按照卫生部关于医院感染管理规范要求，应对传染病患者采取隔离措施，如未隔离或隔离措施不严，使患者在医院内接触到传染病患者发生医院感染，则认为责任在医院。

② 医院应定期对其工作人员进行体检，发现是否有传染病，如果医院未查出医务人员患传染病或未将患有传染病医务人员调离工作岗位而造成传染病的传播，医院也应承担相应责任。

③ 临床上大约 45%的医院感染与医疗器械的侵入性操作有关，由于侵入性医疗器械的操作受污染或未消毒、灭菌而发生医院感染，也会引起医患纠纷。

④ 抗菌药物的滥用或使用时针对性不强或对其适应症、禁忌症应用不当而引起严重不良反应，给患者造成痛苦也会引起医疗纠纷，甚至酿成医疗事故。

⑤ 输血后感染。如医院无法举证排除自己的责任，则医院应承担相应的责任。

（2）医院感染管理不到位

① 感染管理组织不健全。部分基层医院虽然设立感染科，但没有配备专职人员，管理人员缺乏相应的资历和能力，也未授予相应的工作责权，工作上缺乏力度，从而导致基层医院感染管理不到位。

② 医院感染知识普及不到位。基层医院的医院感染管理人员大多由临床医生和护士转行，或者只是兼职，缺少外出学习培训的机会，也没有很好地掌握医院感染知识。同时，一些基层医院缺乏感染管理的参考资料，其工作流程也有待规范。

③ 医院感染工作环境有待改善。一些医院，特别是基层医院由于受设备和资金的困扰，ICU 和病房的空气消毒设备、免洗手消毒液和多酶洗液、低温等离子灭菌器、精密仪器的购买和消毒灭菌等难以达到要求。从各地环境卫生学监测、无菌物品的生物监测、各种消毒剂的浓度和细菌学监测等看，各地基层医院的执行情况也是参差不齐。

医院感染已成为严重的公共卫生问题，引起了广泛的关注。医院感染管理作为医院质量管理的重要组成部分，正在不断地吸收管理学上先进的思想和模式。

2. 对策

（1）医院感染的预防

从科学的角度上讲，住院患者人群中发生医院感染概率只是多少的问题，完全杜绝不太可能。既然医院感染与法律、医疗事故、医疗纠纷紧密相联，如何进行防范显得尤为重要。

① 防止医疗事故，必须严格遵守《医院感染管理规范（试行）》《消毒技术规范》及有关法律法规。医务人员在医疗活动中应自觉有意识加强预防医院感染的观念，尽可能降低医院感染发病率。

② 加强患者及家属知情同意权的宣传和沟通，如在诊疗过程中医院感染危险性及后果知情权、抗感染治疗方案知情选择权、现有感染症状知情权等。医务人员应认识到知情同意书是事前告知的证据，事前告知既可以争取患者的合作，同时也可促进医护人员积极采取措施，降低感染率，避免医院感染相关医疗纠纷发生。

③ 充分发挥监督职能。目前我国医院感染管理组织基本上由三级网络组成，即医院感染管理委员会、医院感染管理科、科室医院感染管理小组。监督管理部门应定期或不定期检查和指导医务人员执行情况，接受患者的投诉并提供有关咨询服务。医院感染的三级网络真正发挥作用才能产生良好效果。

④ 加强病历规范化书写与保管。由于病历在医疗纠纷中起着关键作用，因此病历的记

录务必准确和完全。遗憾的是，临床医务人员往往因工作太忙而书写不规范，少数医师唯恐写明医院感染会引发医疗纠纷而对医院感染的症状和危险因素描述含糊不清，甚至没有进行描述。也有医师对发生医院感染的原因随意出结论，虚构对患者采取的感染防范措施等，这些问题必须予以高度重视并加以解决。

⑤ 重视专业培训。医院要定期组织对各级医务人员进行医疗管理法律、行政法规、诊疗常规、医院感染规范和消毒技术规范的学习和教育，提高专业素质，只有所有医务人员均了解、熟悉并掌握医院感染有关知识，才能使医院感染管理达到更佳效果。

⑥ 健全医院感染三级监控网。根据医院感染管理规范，健全由医院、院感科和各科室组成的三级监控网。成立医院感染管理委员会，确定一名院领导负责医院感染管理，定期召开会议，及时研究医院感染管理的突出问题；设立院感科，负责医院感染管理的日常工作，定期检查、反馈医院感染工作情况；建立各科室感染监测小组，明确其成员和职责，负责并反馈科室感染工作情况。

⑦ 加强医院感染知识培训。以组织专题讲座、职工进修、岗前教育为重点，多渠道、多方式开展医院感染知识培训，普及《医疗感染管理规范（试行）》、《消毒管理办法》、《规范抗生素的合理使用》、《医疗废物管理条例》、《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急处理条例》等医院感染知识，提高医院感染控制意识，降低医院感染发生率。

⑧ 加强监测、监督与指导工作。卫生监督部门要定期对医疗机构进行监督、监测与指导，增强医疗机构的法制观念；院感科要开展院感染病例的监测，掌握医院感染发生率、高发科室、高发部位、高危因素、病原体特点及对耐药性、洗手进行监测，定期抽查各项监测情况；各科室要开展环境卫生及细菌学监测，加强一次性医疗物品的采购与监督，一次性医疗用品必须三证齐全，并提供产品质量检验合格报告单。

⑨ 严格执行无菌操作规程，认真落实消毒隔离制度。严格执行《医疗消毒卫生标准》，进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌，接触皮肤黏膜的器具和用品必须消毒。加强无菌检查考核，对不同区域制定相应的考核办法，加强过程管理和环节控制，每月定期检查并反馈监测信息。

（2）PDCA 循环的应用

近十余年来，国内外的院感管理者都在不断思考和探讨创新医院感染管理的形式和方法，包括导入 ISO 9001:2000 质量管理体系进行医院感染管理，应用持续质量改进（Continuous Quality Improvement，CQI）的管理理念探索建立自身发展和进步的长效机制，利用 PDCA 进行医院感染管理尝试等。PDCA 循环是美国管理学家戴明先生提出的一种程序化、标准化、科学化的基本管理方法，又称戴明循环，即通过计划（Plan）、实施（Do）、检查（Check）、处理（Action）四个阶段的管理，使工作质量在不断循环中得到提高。

PDCA 循环最早是应用于企业管理。早在 20 世纪 70 年代末至 80 年代初，PDCA 循环就有在机电、化工、钢铁、船舶、制造、陶瓷、铁路交通等生产与管理质量领域运用的报道。直到 20 世纪 90 年代初，PDCA 循环才出现在医院管理者的视线中。1991 年，江苏省一个卫

生院率先报告了该院自 20 世纪 80 年代初开始运用 PDCA 循环进行医疗质量管理。20 世纪 90 年代初至今，有不少单位将 PDCA 循环应用于医院感染管理工作。河南省新乡市第一人民医院通过强化上述管理方法，医院感染率明显下降。在 2001 年河南省医疗服务百项指标评审时，该院名列榜首。肇庆市第二人民医院运用 PDCA 循环法对医院感染进行管理，使医院感染管理工作逐步趋向正规化、制度化、规范化。新疆石河子市人民医院运用 PDCA 循环法对医院感染进行管理，感染率和漏报率均下降，使医院感染管理工作逐步步入标准化、规范化轨道。贵州省人民医院导入 PDCA 后，提高了医院感染管理的工作效率，为医院感染进入良性循环打下基础等。新一轮围绕医院感染管理新职能的研究将逐步开展，以医院感染控制环节的 PDCA 循环为起点，运用 PDCA 循环推进医院感染管理持续质量改进也成了一个方向，而且是最重要的技术方法。

16.4 医院感染的预防和控制

16.4.1 提高护理工作质量

医院感染控制及管理已成为医院管理的重中之重，而多数预防医院感染的措施均贯穿护理行为的全过程，涉及护理工作的诸多方面，其所有行为均与医院感染紧密相连。

（1）院内感染病例的早发现、早报告、早控制

护理人员在护理工作中，认真观察患者病情变化，及时发现医院感染病例，及时采取积极的预防和控制措施，防止院内感染的暴发与流行。

（2）做好护理工作

在执行预防和控制医院感染的各项规章制度的全过程中，护士起着决定性的作用。护理人员因职业特点与患者及其家属以及其他医务人员接触最频繁，贯穿患者从入院到出院的全过程，如稍疏忽，就有可能造成医院感染的发生甚至暴发流行。预防和控制医院感染发生及蔓延往往取决于消毒、灭菌、隔离工作的质量，如不严格执行各项消毒隔离制度，就会造成医院交叉感染，因而医院感染各项规章制度及措施的落实都需要护理方面的密切配合并实施完成。

16.4.2 监测重点目标项目

医院感染工作几乎涉及医院的各个部门，需要各个部门的配合。《医院感染管理办法》第 27 条规定，医务人员应当掌握与本职工作相关的医院感染预防与控制方面的知识，落实医院感染管理规章制度、工作规范和要求。工勤人员应当掌握有关预防和控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，并在工作中正确运用。

重点进行抗药性金黄色葡萄球菌、抗万古霉素肠球菌、抗药性绿脓杆菌监测；手术期抗

生素预防应用、外科切口感染专项调查、导尿管诱发的尿道感染、静脉插管相关感染的调查。医院感染管制护士每日到微生物室查阅报告单，根据阳性报告单，去病房看病人。特别注意耐甲氧西林金黄色葡萄球菌的监测，发现病人即转入隔离病房。

16.4.3　预防感染的措施

（1）严格执行无菌技术及隔离技术

无菌技术是预防医院感染的一项重要的护理操作技术，具有很强的科学性。隔离技术包括传染性隔离和保护性隔离。传染性隔离是以防止传染病人在传染期间将病原体传播给其他医务工作者和病人为目的的隔离方法。保护性隔离是防止医院内一些高度易感染病人受到来自其他病人、医护人、探视者以及病区环境中条件致病菌的感染。护理人员在任何治疗和护理操作中都必须严格认真地执行消毒、灭菌、无菌操作和隔离技术。

（2）彻底洗手，防止交叉感染

洗手可消除手上微生物，防止交叉感染。护理人员进行无菌操作前后，护理不同病人前后均须认真使用洗液并用流动水冲洗双手，或使用含氯消毒液擦拭双手。

（3）加强自我保护和保护病人

加强对护理人员防护意识的教育学习，严格遵守消毒隔离制度。接触病人血液、体液、分泌物、排泄物，送标本，处理病人用过的敷料、器械、引流器等应戴薄膜手套，脱手套后应严格洗手。进行各种治疗护理要戴口罩，甚至戴乳胶手套，面对可能的液体或溅污物应穿隔离防护衣等。基础护理在医院感染控制中起着十分重要的作用，坚持一人一针一管一巾一消毒，保护病人健康。

（4）保护环境

一性次输液器、输血器使用后，应严格规范操作，及时毁型、消毒，进行无害化处理。注意无菌操作中使用物品的处置，毁型后放入指定位置，以免污染其他物品。特别注意血液在病区的溅落，避免污染其他物品和工作人员。每天用含氯消毒液拖地面数次，对病人使用过的救护车、病床单进行终末消毒，减少致病微生物对环境污染。

（5）做好物品消毒灭菌

消毒灭菌不严格是造成医院感染的重要途径。污染的湿化瓶、氧气管、氧气接头、呼吸机、雾化器、导尿管、床旁柜、公用洗涤池是造成交叉感染的重要传播因素。对止血带、体温计、听诊器、血压计、袖带采取相应的消毒措施。

（6）防止输液微粒污染

使用一次性带过滤器的输液器，对微粒有截流作用。

（7）合理使用抗生素

掌握合理使用药物知识，注意两种以上抗生素不宜置于同一容器中静脉输注。有些抗生素配伍后虽然药液外观无明显变化，但由于药液相互作用，可出现药理上或化学结构上的改

变，失去活性，丧失或降低抗菌作用。

16.5 医疗废物管理

16.5.1 医疗废物概念

医疗废物，是指医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或者间接感染性、毒性以及其他危害性的废物。它与一般废弃物有着本质的不同，具有传染疾病的危险性，在国外被视为“顶级危险物”，我国《国家危险废物名录》将其列为“1号危险物”。随着社会进步，医学科学的发展，高科技诊疗仪器的临床应用，一次性医疗卫生用品的普及，医疗废物不断增加并已经成为医院感染和社会环境的污染源。如管理不严、处理不当，将会对环境、对社会群体健康造成巨大威胁。

16.5.2 医疗废物管理方案

1. 建立健全规章制度及应急方案

建立健全规章制度及应急方案可确保医疗废物管理有章可循、有条不紊。按照《医疗废物管理条例》及《消毒管理办法》规定，加强医疗废物管理的制度和措施，如“医疗废物管理制度”、“污水处理工作制度”、“医疗废物分类收集方法及工作流程”、“医疗废物暂存库房工作制度”、“医护人员自我防护制度”等。将各种制度措施印发至每个科室及保洁公司，要求科室及保洁公司组织每一位医务人员及保洁员学习，并贯彻执行。

2. 进行全院人员知识培训，做到全员重视、人人参与

医疗废物处理涉及多方面的人员，对从事医疗废物处置、收集、运送、储存等工作的人员和管理人员应进行医疗废物管理法律法规、分类收集运送方法、保洁措施、专业技术、自我安全防护以及紧急处理等知识的培训。根据他们原有知识层次及结构的不同，采用不同的培训方式及内容，并有所侧重。

（1）医护人员

医护人员是做好医疗废物分类的关键，医疗废物管理工作要做到规范化、系统化，首先要注重法律法规的学习，自觉依法行事。针对医护人员缺乏对医疗废物管理的法律法规知识这一薄弱环节，由院感科专职人员对全院医务人员采取全员讲课、科室每月组织院感知识学习，并且月底考核。以提问形式及小测验的形式进行培训，使医护人员真正明白自己在医疗废物管理中的责任、权利和义务，提高自觉性，把对医疗废物的管理变成自觉的行动。同时对医护人员还进行职业防护等知识的培训。

（2）实习人员

针对医学及护理学本、专科实习人员在校教育缺少院感控制基础知识教育，而他们的临

床实际操作又直接参与医疗废物的处置，建议在实习生岗前培训时将医院感染控制、医疗废物处置，尤其是其分类方法作为重要培训的内容，并在培训结束时以笔试形式进行考核。

（3）保洁人员

保洁人员作为此项工作的主要参与者，普遍存在文化水平低，接受能力差，工作不到位的情况。对他们进行重点的培训要通俗易懂，深入浅出，通过讲解及观看录像，使他们懂得如何防止医院废物对自身及患者带来危险，以及在处理排泄物、分泌物时如何做好个人防护，如何正确洗手，如何配置消毒液等卫生常识。同时要更注重其思想教育，使他们在思想上认识到预防医院感染对他们个人及医院、社会的重要性，认真地执行医院废物管理及医院感染管理的各项规章制度。培训后对他们进行书面测试或口头提问，医疗废物正确处置知晓率大于 90%方能上岗。此外，由于保洁员待遇低，流动性大，对新上岗人员要进行随时随地的培训。

3. 加强医疗废物登记，防止医疗废物管理脱节

为使医疗废物的管理规范化，管理人员对全院医疗废物情况要做到心中有数，各部门人员职责明确，责任到人，严防医疗废物流失、泄漏、扩散，并对医疗废物进行严格登记，包括院内收集人员与医疗废物产生科室登记及医院与医疗废物集中处置机构交接登记。科室登记内容包括产生医疗废物的科室（来源）、种类、重量和数量、交接时间、交接人、最终去向、包装是否合格等项目；医疗废物集中处置机构交接登记包括种类、重量、交接时间、交接人、最终去向。

医疗废物的种类按照一般感染性废物（患者血液、体液、排泄物污染的物品、传染及疑似传染患者的生活垃圾、使用后的一次性医疗用品、灭菌处理后的各种检验标本、菌毒种等）、病理性废物（胎盘、手术组织、病理切片等）、损伤性废物（各种锐器废物）、药物性废物（废弃药物）、化学性废物（废弃化学试剂、消毒剂如戊二醛等）填写。依照危险废物转移联单制度填写和保存医疗废物转移联单，所有登记资料保存 3 年以上。

本章参考文献

1．陈洁．医院管理学[M]．北京：人民卫生出版社，2005

2．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

3．张鹭鹭，李静，徐祖铭．高级医院管理学[M]．上海：第二军医大学出版社，2007

4．邢庆华．加强护理管理工作，预防控制医院感染发生[J]．中国当代医药，2009，16（1，2）：47

5．张秀芬．浅谈医院感染的预防[J]．当代医学，2009，15（3）：147

6．蒲丹等．医院感染管理的现状及应对措施[J]．西部医学 2009，21（1）：146～147

7．苏伊苹等．加强院感知识培训，预防和控制医院感染[J]．中国医疗前沿，2008，3（18）：47

8．李丽华．强化医院感染管理及加强培训[J]．中国医学创新，2009，6（6）：89

9．张素梅等．医院感染控制中要改变习惯思维模式[J]．江苏卫生事业管理，2009，20（1）：40

第 17 章　医疗安全管理

17.1　医疗安全概述

医学技术发展的日新月异促进了医学的进步，但同时医学技术的发展使医学的分工越来越细，侵袭性的检查和治疗越来越多，加上各个患者的机体反应也多种多样，造成医疗不安全的可能性增大，医疗失误成为医疗界关注的个人问题，医疗安全的管理成为医院管理的一个热点问题。

17.1.1　医疗安全管理的概念

医疗安全是指医疗机构在向患者提供医疗服务的过程中不发生与医疗服务相关的医疗伤害，确保患者得到正确、合理的医疗服务，医疗安全是保证患者得到良好医疗服务的先决条件，它是医院医疗质量的前提和最基本的要求，医疗安全在整个医院管理中具有重要的意义。

医疗安全管理是指围绕医务人员在实施医疗行为，患者在接受医疗服务过程中不受意外伤害所进行的全部管理活动。包括临床医疗安全管理、护理安全管理、院内感染控制、药品安全管理、后勤安全管理、仪器安全管理和医院治安管理等内容。医疗安全是医疗质量高低的重要标志之一，在大量的医疗活动中，医疗安全伴随其中，稍有不慎即可造成差错，甚至酿成事故。加强医疗安全管理，防范医疗事故和差错是长期以来不可忽视的问题。

病人在医院医疗过程中，凡是由于医疗系统的低能状态或医疗管理过失等原因而给病人造成允许范围以外的心理、机体结构或功能上的障碍、缺陷或死亡，均属医疗不安全。

医疗安全或不安全是相对的，不同时期、不同的主客观条件有不同的标准，在评价医疗安全与不安全时，不能超越当时所允许的范围和限度，在制定医疗安全标准时，应以时代所允许的范围与限度为依据。如限于当时的医疗技术水平和客观条件，发生难以预料的意外或难以避免的后遗症时，不能认为是医疗不安全。

17.1.2　医疗安全的重要意义

（1）医疗安全是实现优质医疗服务的基础

优质医疗服务的基础是医疗安全。医院的优质服务是要全面满足患者及其他服务对象生理健康、心理健康和文明服务需求的全方位质量要求。医疗安全是医疗质量的基础组成部分，

同时医疗的不安全会损害社会对卫生系统的信任，降低病人的满意度，而且会带来卫生费用的浪费。2000 年，美国研究数据显示，医疗失误每年带来 170 亿～290 亿美元的额外医疗支出。

（2）医疗安全是患者选择医院的重要指标

随着我国医院之间竞争的加剧，医院要争取病人，首先要保证有经得起选择的医疗质量。医疗安全则是医疗质量的首要质量特性，一旦出现医疗不安全，病人的需求就不能得到满足，甚至“等于零”。

（3）医疗安全是保证病人权利得以实现的重要条件

病人的生命健康权是病人的重要权利。医疗的不安全是对病人生命健康权的损害，只有实现了医疗安全，病人权利的实现才有可能。

17.1.3　医疗安全的分类

按医疗安全的保障对象可分为：患者的医疗安全、医务人员的医疗安全和其他医疗活动相关人员的医疗安全。保障患者的医疗安全主要是指保障患者获得合理的、规范的医疗护理规范范围内的医疗活动，包括明确诊断、安全实施医疗检查、合理的医疗治疗措施等。保障医务人员的医疗安全主要是指保障医务人员在安全的工作范围内工作并拥有安全的防护设施。保障其他医疗活动的相关人员的医疗安全是医疗机构作为一个公众场所的附带义务。

按引发医疗安全问题的因素分为：火、电、水引发的医疗安全问题，放射源引发的医疗安全问题，药品引发的医疗安全问题，手术引发的医疗安全问题等。

按引发医疗安全问题的主观原因分为：疏忽大意引发的医疗安全问题，过于自信引发的医疗安全问题。

17.1.4　影响医疗安全的因素

影响医疗安全的因素，或称医疗不安全因素是多种多样的，一起医疗不安全事件涉及多个因素，而且有些影响医疗安全因素的界限并不十分明显。常见因素主要有以下几个方面。

（1）医源性非技术因素

该因素主要是医务人员的言语或行为不当给患者造成了不安全隐患或不安全结果。主要有医务人员不当的告知误导患者进行手术等特殊治疗，或未经告知患者，医生擅自实施特殊检查和治疗，如未经患者同意，医师就给患者实施创伤性的检查或治疗。

（2）医疗技术因素

由于医学是一门专业性很强的技术性学科，因此医务人员对于医疗技术掌握的高低和熟练程度直接影响到患者的治疗效果，技术性因素也就成为影响医疗安全的一个重要因素。如在实施子宫全切手术中，由于技术操作不当而导致输尿管的损伤。

（3）药源性因素

药源性因素是指由于使用药物不当而引起不良后果的因素，如临床用药剂量过大、配伍禁忌或连续服用超过最高限量等，这些通常可以导致患者不同程度的过敏毒性反应、成瘾和对机体的不可逆性损伤，甚至死亡。

（4）医院卫生学因素

医院卫生学因素是多种多样的，其中直接影响医疗安全的因素有院内感染环境污染、食品污染及射线污染等。

（5）医院环境不安全因素

由于医院是患者集中的场所，患者通常都带有不同的致病菌或者病毒，如果医院消毒措施不当，极易在医院造成交叉感染，如术后感染、新生儿感染、输液感染等，特别是传染病流行的季节，容易在医院引起局部暴发。此外，病房室内外的空气污染、供水污染都可能造成患者的交叉感染，影响医疗安全。

（6）管理因素

管理上的缺失是导致医疗安全问题的主要原因。由于职业道德教育落实不够，各项医疗管理制度不健全，业务技术培训抓得不紧，设备物资管理不善，防止环境污染的措施不力等，都可以成为影响医疗安全的组织管理因素。其中，规章制度不健全，无章可循或有章不循，不认真执行技术操作规程，不认真执行查对制度，甚至玩忽职守，对患者的生命安全造成很大的威胁，如使用过期的、不符合质量的药品，超范围执业的医疗活动，等等。

17.2 医患双方的权利和义务

传统医患关系基于信任，而不是商业买卖中明显的金钱关系。但是，随着医疗费用的增加，现代技术提供的可供选择范围的增多，病人对医疗体系的期望与医务人员提供服务的差距的增大使病人越来越把自己看作“消费者”。医生同病人之间的关系是消费者同提供服务方之间的关系还是特殊的服务关系，一直都是争论的问题。

17.2.1 患者的权利

病人拥有的基本权利包括医疗权、自主权、知情同意权、保密权和隐私权。对医务人员来说，他们有提供医疗服务，尊重病人意愿，向病人提供必要的信息和取得病人资源的同意，保守秘密和保护隐私的义务。

（1）自主权

病人的自主权是指病人就有关自己的医疗问题做出决定的权力。这些权力基于病人的自主性，其自主性是指经过深思熟虑就有关自己的问题做出合乎理性的决定并据以采取负责的行为。自主性包括以下几种含义：

① 自主性是指一个人的自愿决定和行动，即不是在强迫、强制或不正当的影响（如威

胁、利诱、欺骗）下做出的决定和行为。

② 自主性是指在做出决定前病人知道面前有种种可供选择的方法．以及这些选择带来的种种后果，经过评价和权衡利弊，深思熟虑后做出的决定。

③ 自主性是指病人做出的决定是经过理智的分析，与其一贯态度和价值理念一致，而不是一时感情冲动。

④ 自主权是具有行为能力的病人做出的决定。如果病人是未成年人或精神病患者则由其监护人做出决定。

虽然病人的自主权是病人的基本权利，但自主权不是绝对的。病人行使自主权有时会与病人的其他权利和利益发生冲突，也会与其他人的权利和利益发生冲突，甚至与社会的利益发生冲突。在发生这些冲突时，要权衡利弊以决定是否保持病人的自主权。

（2）知情同意权

病人的知情同意权是“二战”后人们反思战争中惨无人道的人体实验后提出的。因此，最初的知情同意权主要针对人体实验，随后对人体实验的知情同意原则延伸到临床治疗对待病人的权利方面。知情同意要求医生向病人提供需要他做出同意决定的信息，如告知病人治疗的程序，告知可能存在危险等。为了帮助病人做出决定，医生需要向他提供有关信息，并且保证病人是自愿做出决定，而且病人是有行为能力的。

知情同意权是病人自主权的延伸，集中体现了医生对病人和病人自主权的尊重。由于医生长期有家长式的技术权威的思想，因此医生往往容易忽略病人的这一权利。手术前的病人家属签字是最常见的一种形式。不注意病人的知情同意权可能引起医疗纠纷和医疗事故。如有些医生在手术中更改手术方案却不事先征得病人或病人家属的同意，有的医生在向病人提供信息时为了让病人同意自己的方案而向病人隐瞒一些信息。做好知情同意可以保护病人和受试者免受伤害，最大限度地保护并有利于社会中所有的人，有助于行使病人的自主权，有助于增进医患关系。

（3）保密权

病人的保密权包括两个部分：一是对病人为了治疗疾病而提供给医生的各种个人秘密保密；二是在某些情况下医务人员要向病人保守或暂时保守病情及其可能产生的不良后果。病人的保密权是自主权的延伸，对病人的隐私保密是医生的职业道德。

（4）隐私权

隐私是一个人不容许他人随意侵入的领域，指个人生活中不愿向他人公开或为他人知悉的秘密。隐私权是指公民享有的个人不愿公开的有关私生活的事实不被公开的权利。

17.2.2　患者的义务

（1）及时交费的义务

患者在接受医疗服务的同时，有义务及时缴纳医疗费用。即使对治疗效果不满意或产生

医疗纠纷，患者也应先给付医疗费用，再寻找解决途径。

（2）配合诊治的义务

患者有义务实事求是地提供病史，配合医生的体格检查。有义务积极配合医务人员的治疗活动，听从医护人员的意见和建议，并遵从医嘱接受各项治疗手段与措施。

17.2.3 医方的权利

医方的权利有以下几个方面。

（1）掌握患方健康状况

医方有权了解并按要求记录关于患方身体健康状况方面的资料。在非医患关系中，这些可能为个人隐私，如患方的月经周期等，而医方应负尊重患方人格为患方个人隐私保密的义务。

（2）治疗权

医方有权对患方进行治疗，但医方的治疗，多具有“侵权”性。这是医疗行为的侵害性所决定的，而医方应尽告知义务，对患者实施什么治疗，如何实施，实施后果如何等都要向患者说明。

（3）受偿权

医方有向患方要求支付相应的服务报酬权。《中华人民共和国执业医师法》第二十一条第六款规定“医师在执业活动中享有下列权利：获取工资报酬和津贴、享受国家规定的福利待遇”。《医疗机构管理条例》第三十七条规定“医疗机构必须按照人民政府或物价部门的有关规定收取医疗费用，详列细项，并出具收据”。

（4）代理权

医方有双重代理权，这种权利源于医疗行为的公益性，一是医生有权强制患方的行为，代国家行使权力，如对 SARS 病人的强制隔离与治疗。二是医方有权替无监护人的患者代理监护权，代理患者本人行使权力。如医方在路上偶遇突然晕倒的病人抢救，医方为患方行使的是代理权。此时医方应尽注意义务，有学者称“忠实义务”。

（5）决定权

医方有权对患者疾病做出诊断，决定采取哪些检查，决定治疗方案，有权判断死亡。这是医疗行为的技术性和结果难测性所决定的，但医方必须尽说明和注意义务。

17.2.4 医方的义务

1. 医院的义务

医院必须由具有专业知识并具有执业资格的医护人员为患者提供医疗服务。在医疗活动中，医院有监督医护人员履行其职务行为的义务。在患者接受医疗服务期间，医院还有义务提供必要的设备及安全措施，使患者免于遭受传染病传染、轻易自杀、火灾等可以预见的

危险。

2. 医护人员的义务

医护人员的义务有以下几个方面：

（1）遵守诊疗常规和操作规范的义务

在诊疗活动中，医护人员必须遵守各种医疗常规与制度，如首诊负责制、三查七对制度、查房制度、交接班制度、会诊制度、急救抢救程序等。

（2）及时、合理地诊治患者的义务

疾病发作的特点决定诊治必须是及时的，而患者能否得到及时合理的救治，受医疗条件及医务人员水平的限制。医护人员在诊治过程中，其专业技术水平、注意程度、服务态度等均应符合具有一般专业水准的医务人员在同一情况下所应该具备的标准。

（3）转诊的义务

对因受仪器设备与诊疗水平限制而不能救治的患者，在对其做适当的处理后，应及时转诊。

（4）保护患者隐私的义务

隐私权是患者的人身权之一，医务人员应当保护患者的隐私，对涉及患者隐私的资料有保密的义务。

（5）解释、说明病情的义务

医务人员有义务将患者的病情、诊疗方案、治疗费用等告知患者及家属。输血同意书、手术同意书、特殊用药及特殊检查等均需医务人员对患者及家属尽告知义务。

（6）节省费用的义务

医生要以患者为中心，不做不必要的检查，不开与病情无关的药品，选择最经济、最简便的诊疗手段解除患者的病痛。

17.3　医疗纠纷

近年来，医疗纠纷的频繁发生已经成为社会普遍关注的热点之一。这不仅损害了医院的形象，影响了单位的社会效益和经济效益，而且阻碍了医学的创新和医学科学的发展，危害了广大人民群众的权益，甚至已经威胁到广大医护人员的生命安全。尽管国务院颁布的《医疗事故处理条例》从 2002 年 9 月 l 日开始实施，但是《条例》仅使医疗事故的处理有章可循，并不能涵盖所有的医疗纠纷。临床上大量的医疗纠纷并不是医疗事故引起，据统计，真正的医疗事故纠纷仅占纠纷的 10%左右。许多医疗过程并未造成医疗事故，但仍然发生严重的医疗纠纷。根据医疗纠纷产生的原因和现状，可以预测，医疗纠纷在今后相当一段时间内将会更加突出，不可能在近期减少和消失。因而医护人员、医院管理者对此当有充分的心理准备。

17.3.1 医疗纠纷概述

医疗纠纷是指患者或家属与医疗机构之间，因对诊疗护理过程中发生的某一问题、不良反应及其产生的原因认识不一致导致的分歧或争议。争议的焦点集中在医疗机构在诊疗护理过程中是否有过失，过失是否导致患者的不良后果，是否承担法律责任。近年来，医疗纠纷涉及范围更广，包括医疗服务态度、医疗收费及医疗环境等。

根据医务人员是否有医疗过失，医疗纠纷可分为如下几种情况，如表 17-1 所示。

表 17-1 医疗纠纷的分类

医疗过失纠纷			非医疗过失纠纷		
医疗事故	医疗差错		医疗意外	医疗并发症	疾病自然转归
	严重	一般			

医疗纠纷是医患纠纷的组成部分。医患纠纷是指“医”与“患”双方之间发生的争执。医患纠纷可分为医疗纠纷和非医疗纠纷两大类，非医疗纠纷可以是院方确实存在侵害病人权利的问题，也可以是由于病人及其家属的行为不当所引起的问题。非医疗纠纷的典型情况如卫生技术人员未取得医疗机构执业许可而擅自开展的医疗服务行为，侵犯病人生命健康权以外的其他权利，包括名誉权、肖像权、隐私权、处分权、院方使用不合格产品导致医疗事故。

17.3.2 医疗纠纷的原因

1. 医院方面的原因

医院方面的原因有以下几条。

① 医疗事故引起的纠纷。医院方面为了回避矛盾，对医疗事故不做实事求是的处理而引起。

② 医疗差错引起的纠纷。这类纠纷常因为病人和医生对是否是医疗事故的意见不同引起。

③ 服务态度引起的纠纷。多是因为医生的态度等原因造成医疗纠纷，特别是当病人出现不良后果时，即使不是医务人员的过失，但病人及家属易联系起来而引发纠纷。

④ 不良行为引起的纠纷。医务人员的不良行为如索要红包，开人情假等可能造成纠纷。

2. 病人方面的原因

① 缺乏医学知识和对医院规章制度不理解。

② 病人及家属不良动机造成的纠纷，极少数病人及家属企图通过吵闹来达到某些目的。

3．医疗纠纷增长的原因

① 广大人民群众医疗保健知识水平提高，法律观念和自我保护意识增强，病人开始用法律的武器保护自己。

② 有些医疗主体因为对物质利益的追求等原因造成医德水平降低，服务态度下滑，造成医疗纠纷。

③ 医疗技术日新月异，但新技术的使用还存在许多未知的情况，可能带来一些新的医疗纠纷。

④ 医患之间的关系因医疗保险的实施而呈现多元化。医疗保险的实施使原来医患两者之间的关系变成了医、患和第三方之间的关系，可能带来一些新的纠纷。

17.3.3　医疗纠纷的处理

无论从医院还是患者角度来讲，医疗纠纷的防范都是最重要的、也是最经济有效的方法，但是无论多么有效的防范措施，也无法杜绝所有纠纷的发生，只要有医疗活动，就可能有纠纷发生，无论大医院小医院都必然要面对医疗纠纷。因此，需要正确地面对、妥善地处理。

1．处理的原则

医疗纠纷的本质是民事纠纷，因此，处理医疗纠纷的基本原则与处理其他民事纠纷一样应该遵循公平、公开、公正的原则，以保护患者和医疗机构及其医务人员的合法权益，维护医疗秩序，保障医疗安全，促进医学科学的发展作为处理医疗纠纷的指导思想。

医院管理者在面对医疗纠纷时一定不要躲避，不要一味推诿，企图用拖延的方式来解决问题。这样往往会导致医疗纠纷的升级，引发恶性的医疗纠纷暴力事件，给医院特别是医务人员造成更大的伤害。对此，《医疗事故处理条例》中明确了及时和便民的处理原则，近几年来，一些医疗机构也在有针对性地设立专门的管理部门受理和处理患者的投诉，及时处理医疗纠纷，有效地维护了医患的合法权益。

2．处理途径

《医疗事故处理条例》第四十六条规定“发生医疗事故的赔偿等民事责任争议，医患双方可以协商解决，不愿意协商解决或协商不成的，当事人可以向卫生行政部门申请调解，也可以直接向人民法院提出民事诉讼”。这明确了处理医疗事故的三种途径：协商解决、行政调解和司法诉讼。当事的双方可以根据实际情况，根据双方的意愿自由选择这三条途径之一。

法律对于民事纠纷的解决方式没有固定为某一种方式，协商解决是解决民事纠纷的一个基本的途径，即使是采取行政调解和司法诉讼，也并不排斥协商解决。

17.4 医疗事故

17.4.1 医疗事故概述

医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成病人人身损害的事故。

由于临床医学至今仍是经验科学，其发展的程度，对不少疾病的诊断、治疗及转归的客观规律还有待进一步研究。而且临床上新的病种不断出现，有的病种的致病因素还没有被认识，有的虽有所认识，但还没有找到征服的手段。这种状况并不为多数病人及其家属所理解，再加上某些社会因素，就使得医疗事故的定性与处理在医患双方很难取得共识。

医疗事故的定性和处理在国际上也是一个难题。目前，各国对医疗事故的定性和处理虽然不尽相同，但在两个方面是相同的：一是都要经过法律程序，纳入法制轨道；二是处分尽管有民事、刑事、行政之别，然而最终是以大量的经济赔偿结束。国外的医疗事故虽然经法律程序解决，但多数是依靠临床医学专家或与这些专家结合来判定医疗事故的性质。

医疗事故处理法是调整医疗事故处置、技术鉴定、行政处理和监督以及赔偿活动中产生的各种社会关系的法律规范的总称。

17.4.2 医疗事故鉴定主体

对医疗事故的鉴定结果，是事故处理最直接同时也是最重要的依据。新的《医疗事故处理办法》更注重鉴定程序的公正性，对鉴定主体和鉴定程序有了较为详细的规定，力图体现程序公正。原有《医疗事故处理办法》中有 5 条关于鉴定的规定，但新办法中有关鉴定的规定则达到 12 条，且多数条文里都有多达 6～7 项的详细规定。

首先，新规定将鉴定主体由卫生行政部门设置的“医疗事故技术鉴定委员会”转为“医学会”。科学公正的医疗事故鉴定是处理医疗事故的关键，因为只有鉴定结论才能作为医疗行政部门和司法部门认定和处理医疗事故的依据。

医学会作为我国医学界的最高学术团体，具有中立性和学术性的特点。由它来负责医疗事故鉴定，不仅可以克服以往医疗机构实质上的自我鉴定弊端，还可以发挥医学会会员众多，技术权威的优势，有助于提高事故鉴定的权威性和公正性。新条例还特别规定，涉及病人死因、伤残等级鉴定的，应当有法医参加。这一规定无疑为重大医疗事故的鉴定提供了更为可靠的保障。

其次，新的《医疗事故处理办法》和《医疗事故技术鉴定暂行办法》对鉴定中可能涉及公正问题的程序做了明确规定，这些规定体现在：一是建立鉴定专家库，鉴定成员从专家库中随机抽取，专家库的成员不受地域限制；二是规定鉴定委员会的组成人员应该是单数，实

行合议制，这样能有效防止个别“权威专家”的一言堂；三是对原有《办法》的鉴定成员回避制度做了更完备的明确规定，增加了“与医疗事故争议当事人有其他关系，可能影响公正鉴定的”应当回避的规定。

17.4.3　医疗事故鉴定条件

（1）医疗事故的主体应是医疗机构及其医务人员

医疗机构是指按照《医疗机构管理条例》取得医疗机构执业许可证的机构，医务人员是指依法取得医疗卫生专业的技术人员，如医师和护士等，他们必须在医疗机构中执业。同时，医疗事故发生的场所及范围应当合法，即依法取得执业许可或者执业资格的医疗机构及其医务人员在合法的医疗活动中发生的事故。非法行医造成病人身体健康损害的，不属于医疗事故。病人由于自己的过错造成的不良后果，也不能认定为医疗事故。

（2）行为的违法性

医疗事故是医疗机构及其医务人员在医疗活动中违反医疗卫生管理条例、行政法规、部门规章和诊疗护理规范和常规而发生的事故。这是导致发生医疗事故的直接原因，也是判断医疗事故的标准。

（3）过失造成病人人身损害

造成病人人身损害，包括造成病人死亡、残疾、器官组织损伤导致功能障碍等，是违法行为的后果。这里应当注意：一是“过失”造成的，即医务人员的过失行为，包括疏忽大意的过失和过于自信的过失，而不是有伤害病人的主观故意；二是对病人要有“人身损害”后果。

（4）过失行为和后果之间存在因果关系

这是指病人人身损害的后果是由于医疗机构置及其医务人员的过失行为直接造成的。虽然存在过失，但是并没有给病人造成损害后果，不应该视为医疗事故；虽然存在损害后果，但是医疗机构及其医务人员并没有过失行为，也不能判定为医疗事故。这种因果关系的判定，还关系到追究医疗机构及其医务人员的责任，确定对病人的具体赔偿数额等。所以，是否存在因果关系是判断是否是医疗事故的一个重要方面，也是公正处理医疗事故的关键。

17.4.4　医疗事故分类

卫生部根据新的《医疗事故处理办法》制定了《医疗事故分级标准》，对医疗事故的分级进行了具体的规定。

根据对患者人身造成的损害程度，医疗事故分为以下四级：

一级医疗事故——造成患者死亡，重度残疾的。

二级医疗事故——造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的。

三级医疗事故——造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的。

四级医疗事故——造成患者明显人身损害的其他后果的。

新的医疗事故处理办法取消了原有管理办法中将医疗事故分为责任事故和技术事故两类。在医疗活动中，由于许多不良后果是在医务人员的医疗行为不存在违法、违规的情况下发生的，因此，《医疗事故处理条例》规定有下列情形之一的，不属于医疗事故：

第一，在紧急情况下，为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果。在患者处于生命危险的紧急情况下，抢救工作具有时间的紧迫性、诊断措施和抢救条件的限制性等特点，医务人员为了抢救患者而采取的措施所造成的不良后果，不应当构成医疗事故，否则将不利于挽救患者。

第二，在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外。前已述及，医疗意外所致的病人死亡、残疾、功能障碍的不良后果是医务人员难以预料和防范的。因不可抗力造成不良后果，《民法通则》第一百五十三条规定：本法所称的“不可抗力”是指不能预见，不能避免并不能克服的客观情况。在医疗活动中，不可抗力造成的不良后果由两种情况：一是疾病的自然转归所致，对于病情重度、慢性、晚期衰竭或者危重患者，医务人员尽管使用各种医疗手段、采取各种治疗手段、采取各种治疗方案竭尽全力救治患者，但绝大多数情况下不可抗力的死亡等不良后果在所难免；二是病人发生了现有医学科学技术条件能够预见，但却不能避免和防范的不良后果的并发症。这种不良后果的发生与医护人员是否存在医疗过失无因果关系。如果医务人员为了救治病人，对所采取的医疗措施可能出现的不良后果已经履行了知情手续，而且医务人员已经针对预料到的不良后果制订了相应的防范措施，但是仍然发生了不良后果，这种不良后果不属于医疗事故。

第三，无过错输血感染造成不良后果。根据《中华人民共和国献血法》的要求，使用血液及血液制品前，医疗机构及其医务人员必须对患者或其亲属进行输血风险教育，详细交代使用血液及血液制品可能发生血源传播性疾病、输血反应等情况后，方可使用血液及血液制品。医务人员在给病人提供血源时，按照供血的有关规定进行检验，输血操作无误，而且输血前已经履行了相应的告知义务，患者及家属充分知情同意，即使输血出现了不良后果，医院及医务人员不承担责任。

第四，经患者同意后实施实验性诊疗发生不良后果。在一些教学医院中，常有经国家有关部门批准，用于临床试验的诊治仪器、药物试剂等在病人身上使用的情况。但是上述使用必须按照有关规定进行，必须向患者说明研究目的及可能产生的副作用和不良后果；必须征得患者本人同意，并签订知情同意协议。经过患者签字同意后进行试验诊疗而发生不良后果，医院及医务人员不承担后果，但必须进行人道主义的积极治疗。

17.4.5 医疗事故处理

1. 医疗事故处理原则

《医疗事故处理条例》规定，处理医疗事故，应该遵循公开、公平、公正、及时、便民

的原则，坚持实事求是的科学态度，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

（1）公开原则

要求在处理医疗事故争议时，应该让当事人了解医疗事故争议处理的法律依据、事实依据、证据内容、处理过程和处理结果。这样可以使争议的处理置于社会的监督之下。

（2）公平原则

要求在处理医疗事故争议时，必须做到：

① 医患双方在处理医疗事故过程中的地位平等，任何一方没有额外的特权；

② 权利与义务要统一，凡是法律上享有特殊权利的，都必定要履行义务；

③ 在适用法律上，必须体现公平，不能针对同一个争议事实对医患双方适用不同的法律规范。

（3）公正原则

要求在处理医疗事故争议时必须做到：

① 程序上公正。要允许当事人平等参与，排除可能造成偏见的因素，确保平等地对待各方当事人。

② 实体上公正。正确使用法律依据，正确使用证据，保证具体行为结果的合理性、正当性。

（4）及时、便民原则

要求在处理医疗事故争议时，既要按照规定的程序，在规定的时限内及时处理医疗事故争议，又要以较小的成本，用最短的时间、最少的人力、财力和物力来解决医疗事故争议，尽可能降低当事人的负担。同时，简化手续、减少环节、方便群众、强化服务，要尽量为医患双方当事人提供方便。这有利于在第一时间、第一地点将争议缓解、解决，有利于社会的稳定。

2. 医疗事故的处理办法

（1）对责任人的处理

医疗机构发生医疗事故的，由卫生行政部门根据医疗事故等级和情节，给予警告；情节严重的，责令限期停业整顿直至由原发证部门吊销执业许可证，对负有责任的医务人员依照刑法关于医疗事故罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予行政处分或者纪律处分。

对发生医疗事故的有关医务人员，除依照前款处罚外，卫生行政部门可以责令其暂停 6 个月以上 1 年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书。刑法关于医疗事故罪的规定要求，医务人员由于严重不负责任，造成就诊人死亡或者严重损害就诊人身体健康的，处 3 年以下有期徒刑或者拘役。

（2）赔偿的费用

新的《医疗事故处理办法》规定，医疗事故的赔偿可以由医患双方协商解决，也可申请

由卫生行政部门调解处理，还可以通过民事诉讼途径解决。新的《医疗事故处理办法》规定，医疗事故赔偿，应当考虑下列因素，确定具体赔偿数额：

① 医疗事故等级；

② 医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度；

③ 医疗事故损害后果与患者原有疾病状况之间的关系。

这一规定改变了旧的《医疗事故处理办法》中规定的确定为医疗事故的，可根据事故等级、情节和病人的情况给予一次性经济补偿，“补偿费标准，由省、自治区、直辖市人民政府规定”。

（3）赔偿项目和标准

《医疗事故处理办法》规定医疗事故赔偿的项目和标准如下。

医疗费：按照医疗事故对患者造成的人身损害进行治疗所发生的医疗费用计算，凭据支付，但不包括原发病医疗费用。结案后确实需要继续治疗的，按照基本医疗费用支付。

误工费：患者有固定收入的，按照本人因误工减少的固定收入计算，对收入高于医疗事故发生地上一年度职工年平均工资 3 倍以上的，按照 3 倍计算；无固定收入的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

住院伙食补助费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差伙食补助标准计算。

陪护费：患者住院期间需要专人陪护的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

残疾生活补助费：根据伤残等级，按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算，自定残之月起最长赔偿 30 年；但是，60 周岁以上的，不超过 15 年；70 周岁以上的，不超过 5 年。

残疾用具费：因残疾需要配置补偿功能器具的，凭医疗机构证明，按照普及型器具的费用计算。

丧葬费：按照医疗事故发生地规定的丧葬费补助标准计算。

被扶养人生活费：以死者生前或者残疾者丧失劳动能力前实际扶养且没有劳动能力的人为限，按照其户籍所在地或者居住地居民最低生活保障标准计算。对不满 16 周岁的，抚养到 16 周岁。对年满 16 周岁但无劳动能力的，扶养 20 年；但是，60 周岁以上的，不超过 15 年；70 周岁以上的，不超过 5 年。

交通费：按照患者实际必需的交通费用计算，凭据支付。

住宿费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差住宿补助标准计算，凭据支付。

精神损害抚慰金：按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算。造成患者死亡的，赔偿年限最长不超过 6 年；造成患者残疾的，赔偿年限最长不超过 3 年。

17.5　医疗安全防范与处理

医疗事故发生于诊疗护理过程中，诊疗护理的主体是医护人员。而从管理角度来讲，凡是有人的地方就必然存在着管理问题，因此，诊疗护理过程中必然存在管理问题，即医院管理。医疗纠纷事故的发生和医院管理存在着必然的、密不可分的联系。事实证明，任何一宗医疗纠纷事故的发生，都可联系到医院管理问题上，而进行有效的医疗安全防范工作能够切实有效地避免医疗事故。提高医疗、护理质量，是医院工作永恒的主题，各级管理者必须树立质量第一的意识。所谓医疗质量意识，就是指医院的每个工作人员在思想深处时时刻刻都装着医疗质量这个问题，而确保医疗、护理安全是医疗、护理质量的重要内容之一。

17.5.1　加强医疗安全组织领导

医疗安全防范的关键对策是完善医疗安全责任制，使各个科室（部门）和各级医务人员做到层层对医疗安全负责。每年年初由院长与各个科室主任签订年度安全生产目标承包责任书，科室主任作为科室医疗安全生产的第一责任人，对全科的医疗安全负主要责任。科主任按照责任书制定保障本科医疗安全具体的措施，确保一年的医疗安全生产。科室医务人员则按照措施进行医疗工作，切实做到医疗安全生产层层落实到位。成立“医疗安全管理委员会”，由业务院长任组长，医务处、护理部、门诊部及各主要临床科室负责人为成员，负责全院的医疗安全管理工作，制定管理制度和奖惩办法，定期召开会议，分析全院医疗安全情况，年终认真组织医疗安全评比，消除医疗事故隐患，预防医疗事故，防范医疗差错。

强化医院医疗安全管理的内涵建设，实行科学化管理，从医疗过程本身保障医疗安全。修改完善各项医疗操作规程和规范，补充工作制度和岗位职责，杜绝不按医疗操作规程和规范办事的行为，强化内部监督机制。医院在理顺原有的各项规章制度、各级各类人员岗位职责、技术操作规程和各项技术标准并汇编成册的基础之上，还应制定《差错事故防范措施》、《医务公开制度》、《医医、医患双签字制度》、《首问负责制》等一些针对当前实际的、新的规章制度，使广大医务人员有章可循，各项工作制度化、常规化、标准化、规范化，同时还增强了医务人员的自我保护措施，强化医疗安全管理。

17.5.2　加强业务技术管理

必须进行详细的体格检查和病史询问。每一位临床医生在接诊患者时都要认真规范地进行体格检查，不遗漏每个系统、每个应检查的脏器和部位，对各个系统、各个脏器、部位都应按望、触、叩、听的程序规范地进行检查，克服“过分依赖仪器设备、工作忙、怕烦琐”的思想，认真实施体格检查。同时要加强基础医学知识和基本技能的学习和训练，熟练掌握体格检查的方法和技能。加强业务技术管理应注意以下六个方面。

① 必须注重疾病的鉴别诊断。

② 用完善的医疗制度做保障。认真执行各项医疗操作规程和各种查对制度，加强对医疗安全违规事件的处罚，认真落实各项医疗工作制度等。

③ 加强业务学习、强化职业道德。除医院统一组织的院外派出进修、学习、培训和院内业务讲课、考试外，医务人员还应积极开展自学，每天抽出一定时间来学习相关业务知识；在加强业务学习的同时，每一位医务人员要强化职业道德，端正态度，要充分认识到做好本职工作，树立“一切为患者”的思想，为患者服务好，是医院生存发展的需要。同时也要明确“服务质量高、职业道德好”的内涵是技术水平高超、质量过硬，同时具备好的态度。

④ 强化工作责任心。在强化工作责任心方面，除要求做到对患者、对工作高度负责以外，同时要充分理解患者心理，懂得患者的心理，充分体会患者疾苦，急患者之所急，想患者之所想，只有这样，才能积极主动地为患者搞好服务。

⑤ 强化医疗仪器设备检查。加强辅助检查不仅能够为临床提供科学的诊断依据，同时完善辅助检查也与医疗安全防范有着密切的关系。因此，在临床工作中，每做出任何一个诊断或排除任何一个诊断都要求必须有相应的辅助检查做依据。

⑥ 强化管理。关键是搞好医疗安全的管理，各科室负责人及有关的管理人员在医疗安全管理方面要经常过问、经常关注、反复督促、强调和检查，遇事不绕道走。同时，在医疗安全管理方面要多动脑筋、多想措施，清理思路，管出成绩和效果。

17.5.3 医疗风险预警机制

1．医疗风险预警概念

医疗风险是指整个诊疗过程中客观存在的可能会导致健康损失、经济损失等一切不良后果的不确定事件。医疗风险预警是指对医疗服务的全过程实施的动态的检测，并对一切不安全事件，如医疗事故、医疗意外、医疗纠纷等进行分析、事先预测和防范的一种战略手段，是为医疗机构持续发展而建立的预警系统。医疗风险预警系统是由外部支持系统、内部决策系统等分系统所构成的有机体，是医疗风险管理的重要组成部分。它是建立在医疗风险识别与评价的基础上，并借助现代化科学分析方法的系统。

2．医疗风险预警的目标

医疗风险预警的目标是分析医疗风险现状，构建符合我国医疗风险状况的医疗风险预警系统和风险防范化解机制，实现医疗风险管理的规范化、系统化和科学化，使得医疗风险转换、减轻、避免和结束。

3．医疗风险预警的原则

（1）预防性原则

科学、机敏的医疗风险预警机制不仅能应对已经发生的问题，而且能预防未然的问题，

能对隐形的问题做出准确的判断和分析。

（2）及时性原则

能及时发现问题，对暴露和反映医疗风险的问题快速做出回应，做到早知道、快反映、防微杜渐。

（3）针对性原则

坚持具体问题具体分析，严格区分问题的普遍性与特殊性，主观性与客观性，防止绝对化和一刀切。

（4）实效性原则

对有关医疗风险问题的信息有条不紊地核实，保证医疗风险预警机制有序运行并取得成效。

4．建立医疗风险预警机制的途径

医疗卫生服务关系到广大人民群众的生命健康，防范医疗风险，既可减少患者的人身安全因医疗失误过失而遭受危害，也可减少因医疗事故或医源性医疗纠纷而造成的当事医务人员的责任或风险。尽管医疗风险不可能消失，但是大多数医疗不安全事件都可以事先预防，具体可以从以下几方面入手。

（1）建立教育引导机制

医疗机构所有工作人员都应当学习、掌握医疗风险识别与防范技术，树立医疗风险意识，提高风险防范和化解医疗风险的能力。普及《职业医师法》、《献血法》、《医疗机构管理条例》、《医疗废物管理条例》等法律常识，重点学习卫生部制定的医院管理工作制度，各种诊疗规范、诊疗指南，具备较强的心理承受能力和应变能力。

（2）建立督导预报机制

成立督导组织，聘请有丰富工作经验的人员担任医疗风险督导员，对督导员进行适当分工，定期和不定期地到基层进行巡视，并向医务人员提供指导，将巡视情况及时向上级反馈。

定期对本医疗机构进行民意测验和满意度调查，了解公众的认可程度和存在的问题，并及时纠正。有专人负责处理公众投诉，对投诉的案件提交投诉组织审议，医院需要建立医疗质量持续改进制度，以确保专业水平。所有科室部门都设有检测、预防及感染控制机制，制定工作指导原则，为医务人员提供指导。收集和讨论临床有关信息，以确保医疗质量。定期举行联席会议，对病死率、患病率及临床工作进行检查，确保医生及时地对紧急召唤及患者治疗做出回应。

（3）督察警示机制

对医疗服务各要素准入进行控制，包括医疗机构、人员、医疗服务项目、医疗技术等服务的各个要素准入，以及药品和医疗器械的准入。各个准入要素进入医疗服务领域后，制定各种规则、规范，对整体医疗服务系统在提供医疗服务过程中的行为和服务过程进行控制。根据《医院管理评价指南》，建立评价指标体系、评价方法和评价程序，逐步完善评价体系。

卫生行政部门对医院管理进行督察，对服务全过程进行监控，对违法违规的行为及时查处，发现问题及时反馈，修订相关政策。

医院和医务人员按比例承担保险费，医务人员逐月缴纳的保险费将构成医务人员个人风险基金。一旦发生医疗风险，由保险公司和当时医生本人按照比例赔付。

17.5.4 加强病案管理

病案是医务人员在医疗活动过程中对患者疾病的发生、发展、诊断、治疗的客观记录，也是医疗质量、医疗水平及管理水平的综合反映。在涉及医疗纠纷时，是举证和判定司法责任的重要依据。病案质量通常是指病案书写质量，可以从两个方面来评价，第一，表现在书写形式和格式的规范上；第二，表现在记录的科学性、准确性和及时性上。后者又称病案的内涵质量，反映医生对疾病的分析、临床推理、检查、诊断、治疗，对患者的责任心及对疾病变化记录的及时性等内容。医疗机构抓病案质量，重点放在内涵质量上。任何一处错误都可为医疗纠纷的发生留下隐患，一旦在治疗中碰到特殊情况或意外均可诱发医疗纠纷。为了提高病案质量，减少医疗纠纷和医疗事故的发生，重点做好以下几项工作：学习法律法规知识，增强法律意识，组织医务人员对《医疗事故处理条例》等法律、法规的学习；加大病历的环节质量与终末质量的抽查与考核力度；对出院病志，在科主任检查的基础上，由病案质控专职人员进行全面复核质控，增强医务人员强化病历质量的意识，确保医疗质量与病人的安全，杜绝医疗安全隐患的发生。

本章参考文献

1．侯庆田等．现代医院新思维[M]．北京：中国经济出版社，2007
2．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999
3．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
4．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
5．韩维宜等．新时期医院医疗管理和安全[J]．当代医院管理学，2008，6（5）：27～28
6．夏迎秋．医疗安全与医疗纠纷管理[J]．中国农村卫生事业管理，2001，21（5）：8～9
7．耿春芬．医疗安全重视护理管理浅谈[J]．2006，20（6）：681
8．汪波．加强医疗安全管理的工作体会[J]．2007，4（25）：115

第 18 章　医院药事管理

18.1　医院药事管理概述

医院药事管理是医院管理的重要组成部分。其中的“药事”是药学事业的简称，一般地泛指一切与药有关的事业。医院药事管理是医院对药学事业的综合管理，包括对药品研究、生产、经营、使用等方面的管理。现代医院药学正在经历着巨大的变革，临床药学和药学保健正在兴起，医院药学服务的范畴也在不断地扩展。药品是特殊商品，是医师为患者防病治病的工具。因此，药事管理日益成为引人注目的研究领域。

18.1.1　医院药学和医院药学服务

医院药学是指研究医院的药品供应、药学技术、药事管理和临床用药的一门科学，是与医院临床工作相接触的药学工作，是以药剂学为中心展开的药事管理和药学技术工作；是以临床医师和病人为服务对象，以供应药物和指导、参与临床安全、合理、有效的药物治疗为职责；以治疗效果为质量标准，在医院特定环境下的药学科学工作。它包括药事管理，药品的调剂、调配、制剂、临床药学、药物研究、药品检验与质控、药物信息、药学的科研与教学、药学人才的培养和药学人员的职业道德建设等。

在我国，医院药学经历了从简单的处方调配技术到发展形成一门药学分支学科的过程。1949 年以前是简单的调配技术阶段，医院药房规模很小，只从事调配处方和简单制剂。20 世纪 50～70 年代，随着自制制剂品种和数量增加，药品检验、中西药结合的开展，学术水平和操作技能有所提高。20 世纪 80 年代，临床药学的兴起，是一个划时代性的进展，随着医药学新理论新技术的应用，医院的药学工作模式已从多年来单一供应型逐渐向科技服务型转变。关注目标也从单纯药品发展转为疾病、疾病的转归以及生命的质量。医院药师担负起管理合理用药的责任，直接服务于病人。医药结合拓展了药师的职责和医院药学的内容。医院药师近年来通过参加科研和为病员服务的实践活动写出了大量的科技论文，参加国内、国际学术交流，有些医院药学家从事系统性研究，写出一些专著，丰富了医院药学的内容。1981 年创刊了《医院药学杂志》（现名为《中国医院药学杂志》）。1990 年由中国药学会召开了全国医院药学学术会议，并成立了中国药学会医院药学专业委员会，标志着医院药学作为一门药学分支学科在国内形成，并确立了在药学科学中的地位。

医院药学包括学科和部门双重含义。作为学科，医院药学属药学科学的一个分支学科；作为部门，我国目前的名称为医院药剂科或药学部，基层医疗机构称为药房。医院药学服务

包括部门和业务工作的双重含义。作为部门，与医院药剂科或药学部为同义词；作为业务工作，与医院药剂科的业务工作（practice of pharmacy）为同义词。

尽管在 20 世纪 70 年代就已经提出了“药学服务”这一概念，但其概念的普遍接受，则在 80 年代末期。1990 年 Hepler 和 Strand 明确了药学服务的含义：药学服务是提供直接的、负责的药物治疗，目的在于改善病人生活质量。药师运用最新的知识与技术通过与其他医药专业人员合作，设计、执行和监测将会对病人产生特定结果的药物治疗方案，而这些结果包括治愈疾病，消除或减轻症状，阻止或延缓疾病进程，防止疾病或症状的发生。随后，美国医院药师协会进一步明确了药学服务含义：药学服务是围绕提高生活质量这一既定目标，直接为公众提供有责任的、与药物治疗相关的服务。药学服务是一种模式、一个过程，是以人为本的专业行为。

我国药学界在 20 世纪 90 年代初就接受了药学服务的概念，虽然各种翻译的词汇不同（药学保健、药学监护、药疗保健、药疗服务、药师照顾、药学关怀等），但是内涵是一致的。20 世纪 90 年代中期，我国医院药学工作者根据社会发展、保健模式的转变、世界医疗改革的趋势、公众健康需要的发展，适时地提出了全程化药学服务的理念，并得到了药学界的广泛响应。这一理念将药学服务的观念渗透在整个医疗卫生保健过程中，即在任何场所，在预防保健、药物治疗之前和药物治疗过程中以及愈后康复等任何时期，实施药学服务。而且强调药学服务更需要通过集体合作完成。药学服务的工作内容应在各个医疗机构之间保持连续性，如转院或出院病人的药学服务，可以移交给相应的医疗机构或社区药师来继续实施。

18.1.2 医院药事和医院药事管理

《医疗机构药事管理暂行规定》明确指出，医疗机构药事管理是以患者为中心，以临床药学为基础，促进临床科室合理用药的药学技术和相关药品管理工作。在上述基础上，还要加强药学现代化建设，尤其要在临床药学人才培养、临床药学工作的正常开展和深化等方面有所突破。

医院药事泛指医院中一切与药品和药学服务有关的事项。涉及医院中药品采购、保管、分发、调剂、制剂、临床药学、药品信息活动、药品质量检验、药学保健、药物使用评价、保证合理的药物治疗、新药临床研究、结合临床开展药物研究、学生实习和进修生教育等一切与药品和药学服务有关的事项，统称为医院药事。

医院药事管理是指以服务病人为中心，以临床药学为基础，促进临床科学、合理用药的药学技术服务和相关的药品管理工作，主要包括药学部门管理和临床用药管理及相关的管理工作。其内容涵盖了法律的、行政的、技术的和经济的管理内容。其特点是以病人为中心，研究保证病人药物治疗的安全、有效、经济与管理因素、环境因素之间的关系。医院药事管理属微观药事管理，受国家药品管理和卫生管理法律、法规、政策的指导和控制。

医院药事管理具有专业性、政策性、综合性和经济活动频繁等特点。

（1）专业性

医院药事管理是以医院药学为基础，以临床药学为核心，促进临床科学、合理用药的药学技术服务和相关的药品管理工作，具有明显的药学专业特征。以质量为中心的药品管理和以合理用药为中心的临床药学工作是医院药事管理学科的核心内容。药品是药事管理的物质基础，要进行药品管理和临床药学工作，必须具备药学学科的专业知识与技能。因此，医院药事管理首先要具备药学的专业性，其次要具备管理的专业性。

（2）政策性

医院药事管理不同于临床科室管理，前者要紧跟国家形势，严格遵守国家及政府的有关法律法规，科学严谨，政策性强，同时要接受各级食品药品监督管理部门按规定对医院药学事业实践活动的监督管理。我国 1984 年颁布《中华人民共和国药品管理法》，2001 年修订，并于同年 12 月 1 日起施行。发布的相关的行政法规 10 部，颁布、修订《中华人民共和国药典》1985 年版、1990 年版、1995 年版、2000 年版。2002 年 1 月，卫生部颁布《医疗机构药事管理暂行规定》，对医疗机构药事管理的有关内容做出明确规定。药品成为受法律严格控制的特殊商品。医院药事活动要结合本单位实际情况把政策精神落实到具体工作中，特别是要正确处理并兼顾国家、病人、医院三者的利益，通过医师、药师、护士三方密切合作，提高服务质量和服务水平，使药品在使用中体现安全、有效、合理、经济的特点。

（3）综合性

药事管理学科涉及众多学科，除医学、药学、生物学、数理统计学之外，还涉及管理学、经济学、社会学、心理学、法学、历史学、伦理学、行为科学等学科。这些学科在药学实践中相互交叉渗透从而导致高度的综合，形成规范的科学体系。

（4）经济活动频繁

和医院临床及其他医技科室的管理不同，医院药事管理中包括很多经济活动。比如，医院药品管理涉及药品的购进价格、预算控制、库存周转率和投资回收计划、用药经济分析评价等。虽然药学部（科）不同于社会药房，不承担投资风险，但通过药事管理活动可以为医院获得收益，为病人降低药物治疗费用。

18.1.3　医院药事管理委员会

为了认真贯彻“药品管理法”及其实施细则，协调、指导全院药品的科学管理和合理使用，对医院有关药事的各项问题做出专门决定，并使药品在各个使用环节上最大限度地发挥效益，2002 年卫生部和国家中医药管理局制定了《医疗机构药事管理暂行规定》。《医疗机构药事管理暂行规定》规定，二级以上的医院应成立药事管理委员会，其他医疗机构可成立药事管理组。药事管理委员会（组）监督、指导本机构科学管理药品和合理用药。医院建立药事管理委员会对密切医药关系，充分发挥科学管理作用，提高药物的使用质量，保证合理用药和临床疗效等方面起了良好作用。

（1）医院药事管理委员会的组成

药事管理委员会应该设主任、副主任委员、秘书、委员。一般由主管院长担任主任委员，药学部（科）主任应为副主任委员兼秘书，根据医院规模有时可增设若干副主任委员，由各临床科室主任或有专长的医生担任委员。

三级医院药事管理委员会委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、医院感染管理和医疗行政管理等方面的专家组成。二级医院的药事管理委员会，可以根据情况由具有中级以上技术职务任职资格的上述人员组成。其他医疗机构的药事管理组，可以根据情况由具有初级以上技术职务任职资格的上述人员组成。

（2）医院药事管理委员会的职责

2002 年 1 月 21 日，卫生部和国家中医药管理局正式颁布了《医疗机构药事管理暂行规定》，再次强调药事管理委员会制度的建立与健全。药事管理委员会应充分发挥医院药事管理的领导作用。医院药学部（或药剂科）是药事管理委员会的下属职能部门，结合当前医药购销领域存在贿赂问题的特点，药学部门也应建立集体领导制度，由 3～5 人组成药剂科领导小组，完善集体决策机制，实行民主集中制。小组成员的不同意见要记录在案，便于接受民主监督，药剂科领导小组应对院党委、药事管理委员会负责。药事管理委员会又是指导全院合理用药的专家组织，领导并指导药学部门做好全院药事管理工作；贯彻执行《药品管理法》；制定本院用药目录和处方手册；建立新药引进评审制度和引进规则；建立评审专家库，组成评委负责新药引进评审工作；组织检查特殊药品的使用管理及药品招标采购的管理；定期分析报告本院药物使用情况；组织药学继续教育工作，指导本院临床各科合理用药；检查督促药学部门消防、防盗等安全工作措施的落实情况。促进医疗机构药品的合理使用是国内外医疗机构药事管理委员会的中心工作。

医院药事管理委员会的职责主要包括以下几个方面：

① 认真贯彻执行药品管理法规和规章制度，检查、监督法规和规章制度的落实情况。

② 根据国家有关规定拟订医院药学发展规划，建立健全规章制度和操作规程。

③ 审定医院用药目录，对拟引进的新品种和配制的新制剂进行审核、审查。

④ 审查药品采购计划，监督、检查药品的采购和供应情况。

⑤ 研究预防药源性疾病的方法和治疗措施，确保用药安全、有效；及时研究、处理用药过程中出现的重大问题。

⑥ 组织评价新老药品的临床疗效和质量价格比，提出淘汰品种意见。

⑦ 对医院合理用药情况进行考核，并提出改进意见。

⑧ 会同医院相关部门，组织药学学术活动，如药学进展、新药介绍、药物不良反应监测、药事法规讲座等。

世界各国的国体、政体各异，药事管理体制也比较复杂，但很多国家的医院均设有药事管理委员会。美国的药事委员会（药物与治疗委员会，Pharmacy and Therapeutics）由医生、药师和护士代表组成，总数一般在 8～12 人之间，在大多数情况下，由委员会主席和秘书负

责决定和分配应完成的工作。委员会具有教学、交流和顾问的功能，它的职责不仅包括推进安全有效的药物治疗，而且包括帮助控制医疗费用。一般而言，美国的药事委员会的主要工作内容包括以下几个方面：

① 进行药物利用评价；

② 组织处方集的制定和修订；

③ 提供涉及药物使用方面的服务；

④ 建立确保成本效益的药物治疗的项目和规程；

⑤ 为医院专业人员设计合适的有关药物方面的教育项目；

⑥ 指导实施有效的药物调配、控制和管理规程；

⑦ 区分和回顾总结所有明显的药物不良反应。

（3）医院药事管理委员会的具体工作内容

医院药事管理委员会的具体工作内容包括以下几个方面。

① 药事管理委员会的日常工作由药学部门负责，药学部门应保存完整的记录和档案。

② 积极宣传和认真贯彻执行药品管理的有关法律法规知识。设立医院药品质量管理组织及药品不良反应监测领导组织等管理组织，建立工作制度，定期监督检查医院的药品质量管理及药品不良反应监测情况。

③ 定期或不定期组织药师查阅病例和医嘱处方，检查合理用药情况；进行处方和病历用药分析，不断提高临床用药水平。

④ 定期检查药品管理情况，特别是麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和贵重药品的使用、保管和消耗情况。及时纠正和处理药品滥用成瘾、积压变质等违反药品管理制度和管理不善的状况。

⑤ 及时研究处理药物引起的临床事故、严重用药差错及其他医疗用药的重大问题。

⑥ 建立药品不良反应登记制度，对本医院临床上出现的药品不良反应及处理过程详细登记，按《药品不良反应报告与监测管理办法》规定的内容定期向药品监督管理部门及卫生行政部门报告。

⑦ 根据现行版《国家基本药物目录》、《国家医疗保险用药》和《非处方药品》等相关目录及医院实际情况，由主要科室提出基本用药范围，经药事委员会汇总讨论审定，确定本医院的基本用药目录，并根据应用情况，定期修订。

⑧ 制定本医院新药引进工作制度，建立新药引进评审专家库，严格规范新药引进程序，负责组织对新药引进的评审工作。

⑨ 定期分析本医院的药物使用情况，组织有关专家评价本医院所用药物的临床疗效及所发生的与药物使用有关的不良反应，提出淘汰药品品种意见。

⑩ 检查医院自制制剂的质量控制情况和药品检验室的检验记录、报告，了解制剂合格率。研究不合格或合格率低的原因，加强制剂生产中的质量控制，不断提高制剂质量。

18.2 医院药学部

18.2.1 医院药学部概述

医院药学管理的组织机构主要由医院药学部（科）及有关药品监督管理部门组成，依医院规模、机构设置、人员编制、任务不同而有所区别。其中医院药学部（科）已经成为医院发展的重要技术职能部门，药学部（科）管理也相应地成为医院药学实践的重要组成部分。

18.2.2 医院药学部组织机构设置

医院药学部（科）组织机构中部门的划分应根据医院性质、就诊人数及床位数、医院的建筑、药学部（科）的任务及历史情况等多种因素综合考虑来决定。通常具有一定规模的综合性医院的药学部（科），应设有调剂科、制剂科、药检科、药库、临床药学研究室等部门。一般我国县以上综合性医院药学部（科）的组织机构如图 18-1 所示。

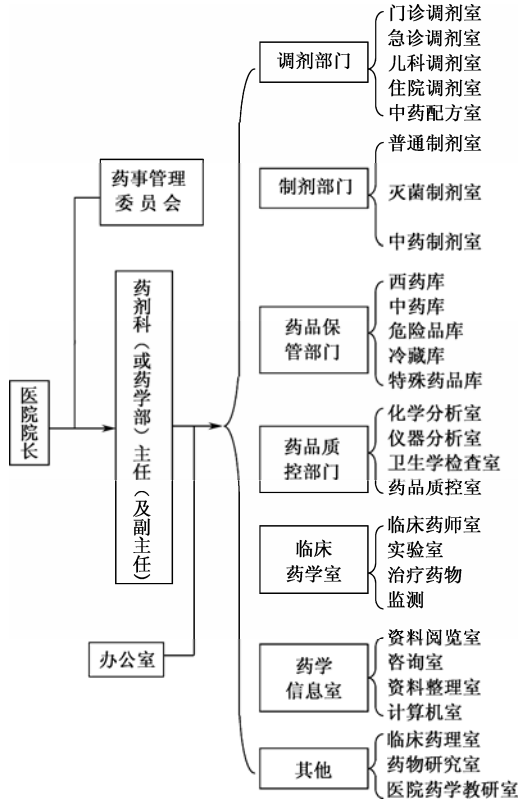


图18-1 我国综合性医院药学部（科）组织机构图

药学部（科）组织机构的设置应考虑到医院实施“以病人为中心”的服务模式的需要。药学部（科）的规模虽有区别，但基本任务是一致的——保证医疗任务的完成。机构的设置应以病人为中心，以服务病人、方便病人，更好地实施药学服务为原则。其次药学部（科）组织机构应根据医院功能的需要来设置。目前各级医院在预防、医疗、康复、教学和科研等方面各有专长，医院的运行模式、人员编制、专业功能不完全相同，药学部（科）的组织机构应随之不同。同时要适应医院药学发展，随着医药科学的发展，医学药学的内涵也在不断发展变化中，药学部（科）的组织机构也是动态发展的。

18.2.3　医院药学部的主要任务

药学部（科）在院长直接领导下负责本院药学行政和业务技术管理工作，按《药品管理法》及其实施办法，建立健全本院药品监督管理制度，监督、检查本院各医疗科室合理使用药品的情况，管理医院中与药品有关的所有事物，控制药品质量和确保药品供应并防止滥用和浪费。药学部（科）必须根据医疗、科研的实际需要，及时准确地调配处方和制备制剂，保证患者安全、合理、有效、经济地用药，做好新药试验和药物利用评价工作，收集药品不良反应情况，及时向卫生行政部门汇报并提出需要改进和淘汰品种意见。

具体来说，医院药学部（科）的主要任务包括以下几点。

① 按国家有关规定负责本单位预防、医疗和科研所需药品的采购、管理、供应，并保证所购药品的质量，包括药品管理、调剂和制剂。认真执行法律、法规的有关规定，严格处方制度，推行处方集、单位剂量调剂制度。集中调配全肠道外营养和肿瘤化疗药物，确保病人药物治疗需要。

② 及对准确地调配处方或摆放药品，按临床需要制备制剂及加工炮制药材。

③ 加强药品质量管理，建立健全药品监督、检验制度和药品质量控制系统，以保证临床用药安全有效。

④ 开展临床药学和药学研究工作，做好用药咨询，结合临床搞好合理用药及药品疗效评价工作，收集药品不良反应信息，及时向卫生行政部门汇报，并提出需要改进和淘汰品种意见。

⑤ 开展科研工作，不断提高专业技术水平。

⑥ 建立临床药师制度，参与临床药物治疗，提供用药咨询，促进合理用药。

⑦ 接受医药院校学生实习、药学人员进修、社区医院药学技术人员训练。建立药学技术人员继续教育项目。

⑧ 在院长的领导下，受药事管理委员会委托，组织药政法规在医院的实施，并对药品在本院流动的全过程实行监督检查。

⑨ 承担新药临床研究，认真进行药物评价工作，保证病人使用药物安全、合理、有效、经济。

⑩ 制定医院药品经费预算，合理使用费用并取得适度的经济效益。

18.3 医院药品管理

18.3.1 医院药品管理概述

医院药品管理从药品流通角度可以分为采购管理、库存管理、供应管理和使用管理，如图 18-2 所示。医院使用的药品除了一小部分来自本院的自制制剂，大部分依靠药库从药品流通市场中采购获得。药库采购的药品品种约占其使用总品种的 80%，占药品消耗总金额的 90%以上。药库是药学部（科）下属的一个职能单位，主要负责医院药品的采购、仓储和供应工作。药库的工作不仅仅是为了保障医院药品的采购和供应，也是医院经济管理工作中的一个重要组成部分。

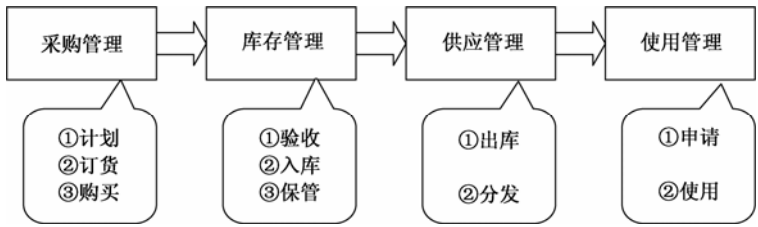


图18-2 医院药品管理流程图

18.3.2 采购管理

为了使药品能做到适量储存，保障供应，药学部（科）在采购前必须认真了解临床需求情况，收集有关资料，掌握医院用药动态，根据上一年同期药品消耗情况，做好本期及下期的药品需求预测，合理确定库存量，制定采购计划，填写药品计划申购单，经药学部（科）主任审查，必要时报院长批准后才可采购。既要保持院内使用的药品品种和数量的相对稳定，又要注重新药品种的引进和不合理用药的淘汰工作。

医院药品采购不同于药品经营企业（如药房）的药品采购。与后者相比，医院药品采购具有品种多而广泛、采购种类相对稳定、采购批量小而频繁等特点。医院药品的采购管理要充分考虑到医院药品采购的这些特点，有针对性地制定管理策略。

为了防止药品采购活动中的不正之风，医院应实施有效的管理机制。在实践中，采购、决策、审批、监督四位一体的采购管理机制是较为有效和被广泛认可的。

采购权下放给一名专职药品采购员，由其负责部门职权范围内的药品采购工作。除专职采购员外，任何个人不应直接行使药品采购权，尤其是一些有关直接领导者，否则会多头进货，造成混乱局面。

而药品采购员的采购方案决策必须经二级负责人批准后方能实施，这是防止药品采购权力过于集中，减少失误，堵住不正之风的上行之策。根据《药品供应保管制度》，药品采购的二级决策权属于药库主任或药学部主任。

对于大批量的药品采购则必须经过三道审批手续。第一道审批为药库主任，第二道审批为药学部主任，第三道审批为院长或主管业务的副院长。实行这样的三道审批，既可以使药品采购人员高效地进行药品的采购，保证合理库存，又可以使药学部和院领导及时把握采购情况，做出合理的指导和纠正。

四位一体的管理机制的最后一个方面就是监督。这里的监督要求院长、纪检人员、药品会计和审计人员四个方面对药品采购全面监督。其中，院长是最高的行政监督者；纪检人员对不规范操作和违法乱纪行为有跟踪查处权；财会对药品的进货价格进行逐一复核入账；审计人员则是对入库后的药品进行价格和库存的事后监督、审查或抽查。

18.3.3　库存管理

药品储存的库房，应具有最佳的储藏环境，确保库存药品的质量完好，保持合适的库存量，既能满足需要又不致积压。采购入库的药品应对品种、数量、质量认真验收，分类定位排列，便于盘点和发货，掌握“先进先出”的原则，注意有效期药品的周转更换，建立完整的账卡，及对准确地登记，定期清点账物，做到账物相符。

1．药品的验收与入库

所有药品入库之前都必须经过严格的验收，这是杜绝外来的伪劣药品进入医院的第一道关卡，也是保证库存药品账物相符的前提条件之一。入库验收主要包括数量点收和质量检查两个环节。

（1）数量点收

数量点收主要是指对数量的核实和外包装的检查。数量的核实应做到准确无误。外包装的检查则要注意以下几点：对于大件包装，要查看包装外表、标识和封条等是否完整、牢固，有无破损、受潮或呈水浸状等；对于散件包装，应当场打开，依据送货凭证逐一核对药品名称、规格、数量、产地、厂家等具体内容；对异状包装，应会同送货人员当场打开包装进行检查，如有问题应在送货单上详细注明，并及时退回或者单独存放以待处置。

（2）质量检查

质量检查则包括内包装检查，标签和说明书检查，批准文号查核，批号和有效期的检查，以及出厂检验报告或产品质量合格证的检查。

药品的验收情况要详细记录，并及时将结果向负责人或药品采购人员反映。验收合格的药品要按货位存放，并进行药品实物账卡的登记工作，同时将送货的各种凭证移交账务管理员签收做账。

2．药品的保管

药品在库保管是根据药品本身的理化性质，结合当地环境的自然条件，对药品采取的科学储藏方法和保护借施。

一般来说，药品库存管理要分中药库和西药库。并按药品理化性质和毒性强弱分别设立普通药品库房，特殊药品库房，冷藏库及危险品库房。药库须有科学保管的措施，按规定调节库内的温度及湿度条件，做到安全保管，达到防潮，防霉，防虫，防鼠及防火要求。

18.3.4 供应管理

药品在医院里的流通过程是从药库配发到调剂部门（又叫配方室），再由调剂部门配发给病人。药库凭药品请领单发药给调剂部门，调剂部门凭医生处方发药给病人。

药品出库是药库向调剂部门发出药品的过程，包括备药、验发和销账等几个步骤。具体做法是药库保管员根据调剂部门的请领单准备和发送药品，并填写发放单，发放单内容主要有单据类别、品名、规格、数量、价格、发放日期、发放人、经领人等。 医院药库药品一般只发给调剂部门、制剂室和医技等科室，不直接给临床和病人发放药品。药库药品供应的流动过程如图 18-3 所示。

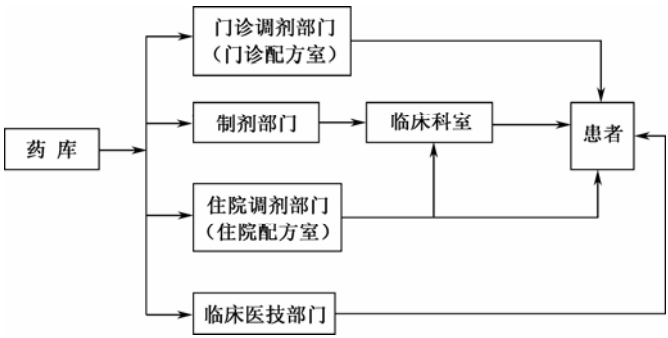


图18-3 药库药品供应物流图

18.3.5 使用管理

（1）麻醉药品

麻醉药品在连续使用后易产生身体依赖性，容易使患者上瘾成癖，因此要谨慎使用，严格管理其使用情况。麻醉药品包括阿片类、可卡因类、大麻类、合成麻醉药类及药品监督管理局指定的其他易成瘾癖的药品、药用原植物及其制剂。

使用麻醉药品的医务人员必须是具有医师以上专业技术职称并经考核能正确使用麻醉药品者。经县以上医疗单位诊断确需使用麻醉药品止痛的危重病人，可由县以上卫生行政部

门指定的医疗单位凭医疗诊断书和户籍簿核发“麻醉药品专用卡”，患者凭专用卡到指定医疗单位按规定开方配药。医疗单位对违反规定、滥用麻醉药品者有权拒绝发药。因抢救病人急需麻醉药品的，有关医疗单位应立即迅速办理，但只限于病例一次性使用剂量，手续不完备的，可事后补办。医疗单位应加强对麻醉药品的管理，禁止非法使用、储存、转让或借用。麻醉药品必须按麻醉药品管理条例使用，做到“五专”，即专人保管，专柜加锁，专册登记，专用账册，专用处方，每日每班清点，做到账物相符。

（2）精神药品

精神药品直接作用于中枢神经系统，使之兴奋或抑制，连续使用能产生依赖性。根据精神药品使人体产生的依赖性和危害人体健康的程度，把精神药品分为第一类和第二类。各类精神药品的品种由国家主管部门确定。

第一类精神药品比第二类精神药品更易使人产生依赖性，且毒性和成瘾性较高，因此，第一类精神药品使用管理同麻醉药品管理方法，处方限量，专柜加锁，专用账册，账物相符。对第二类精神药品在请领限量上可适当放宽，因为这类药品毒性和成瘾性相对较小而用量很大，如苯巴比妥、地西洋等，但仍应严格管理，不可放松。

（3）毒性药品

医疗用毒性药品简称毒性药品，指毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量相近、使用不当会致人中毒或死亡的药品。毒性药品又分为西药毒性药品和中药毒性药品两大类。“亚砷酸盐注射液”为医疗用毒性药品；中药毒性药品主要为某些草药饮片。毒性药品要做到专人保管，专柜加锁，专用账册，账物相符。

（4）放射性药品

放射性药品由放射核医学科（或同位素室）负责管理使用。

麻醉药品、精神药品、毒性药品和放射性药品统称为特殊药品。管理人员调动工作时，须认真交接。毒性药品、麻醉药品、精神药品的包装容器上必须印有规定的标志。毒性药品、麻醉药品的消耗应逐日统计，要求账物相符。精神药品应按规定管理，建立收支账目，定期盘点，做到账物相符。

（5）贵重药品

贵重药品系指价格昂贵的药品，一般是品种稀有或进口的药品。贵重药品的合理使用主要在于控制和减少药品的滥用和流失，做好药品保管、登记、发放和记账等各环节的工作。贵重药品要求专人负责、专柜加锁、专用处方、专用账册，并做到出入有据、账物相符、当日清点、定期盘点。病区领取贵重药品，宜专用领单或处方，注明患者姓名，由调剂室划价，会计室记账方可领取；为确保贵重药品合理用药，药品管理人员应适时下临床了解贵重药品的使用情况，定期检查病区小药柜，防止贵重药品在病区滞留，造成流失。

18.4 药品调剂业务管理

18.4.1 概述

在我国，药品保障和供应仍然是医院药学部（科）的基础工作，并作为主要任务延续至今，在确保临床和患者的用药方面起着关键性的作用。药品保障和供应包括采购、存储、保管、调配和管理的全过程，涉及药库、制剂、调剂等各部门。其中负责临床医嘱、病区领单和处方等调配的部门统称为调剂室，也称为药房、配方室等。调剂的意思是配药或配方，因此调剂又称为调配处方。调剂的程序包括收方、审方、配药、包装和贴签、复核、发药。其中，收方是既包括从患者处接受医生给其开的处方，又包括从病房医护人员处接受处方或者请领单。发药环节则不仅发放药品，还包括对药品进行说明及答复询问之服务。

18.4.2 药品调剂的程序

1．处方审查

处方审查是调剂工作中非常重要的环节，是防止差错事故，保证调剂质量的关键环节。处方审查是药师的基本业务素质，也是药品管理法的要求。作为药师应该能够随时鉴别有缺陷的处方并通过合适的途径予以解决，确保患者用药安全、有效。应根据处方管理规定，对不符合规定者要与处方医生联系，由医生修正后方可调配。处方审查的依据是疾病诊断、药物治疗知识、处方正确书写的原则等。处方正文的审查主要着重以下几方面。

（1）处方书写

是否用规定笔或墨水书写。字迹是否清晰，有无涂改，如有修改时，医师是否在修改处签字。

（2）处方选择

麻醉药品、精神药品、毒性药品是否使用专用处方。内服药、外用药、注射药是否分开处方。

（3）处方前记

是否写全患者姓名、性别、年龄、日期、住院号或门诊号、病室床位号或科室（急诊抢救实情不详者除外）。

（4）处方正文

这是处方审核的关键部分，包括药品的名称、规格、数量、给药途径、使用方法等。特别应检查会引起歧义的内容。

2．配药环节

准确调配处方是实现患者安全有效使用药品的关键。提高配药人员的业务素质，加强核

对与双签字制度，保证发出的药品数量、质量必须准确和优良，用诸如“万张处方无差错数”、“草药分剂量误差小于±5%”等作为考核指标，评定调配质量，减少各类差错，做到为患者百分之百负责。

在配药环节一般常出现的错误有两种：调配错误和标示错误。

调配错误又包括两种，第一种是处方错误，因医师不了解药品品名、剂量、规格、配伍变化、用法而开具错误处方，收方、调配及发药者未能检查发现，仍然依照错误处方调配；第二种是配方者错误调配药品品种、规格、剂量，或者配发了过期、失效、生霉变质的药品。

标示错误是指配方人员在药袋、瓶签等容器上标示姓名、药品品名、规格、用法用量时发生错误或张冠李戴使患者错拿他人药品。

一旦发现调配差错，调配人员要及时汇报上级药师或科室领导，以便及时妥善处理，避免差错对病人造成进一步的伤害。任何隐瞒、个人私下与病人达成协议的做法都是错误的。

3．处方复核

处方调配好后，应在处方尾签章，在发药之前要进行认真检查核对，不得疏忽。核对人应在处方尾处签章。

4．药品发放

经过核对无误的药剂，发给患者时，还要详细交代用法、用量、保管方法以及有关事项，同时耐心答复病人的询问。发药时应向病人说明服药后可能会出现的情况，提出哪些是药物的正常反应，哪些情况下会产生相互作用。

18.5　制剂业务管理

18.5.1　医院制剂的含义

医院制剂是指医院制剂室经药品监督部门批准，按中国药典和医院制剂规范或本院协定处方等制成的一类适应本院临床需要而市场又未能供应的制剂，又称医院自制剂或医院配制剂。医院制剂工作的目的是满足临床医疗、预防及教学、科研的需要，适应医药事业发展，是医院药学发展和药剂科一项不可缺少的重要工作。医疗机构配制的制剂，应当是本单位临床需要而市场上没有供应的品种，并须经所在省、自治区、直辖市人民政府药品监督管理部门批准后方可配制。

医院制剂要坚持为医疗、科研、教学服务的方向，坚持自制自用的原则。医院制剂仅限于医院内部使用，可以在医疗机构之间调剂使用，不得在市场上销售或变相销售。

《中华人民共和国药品管理法》中对医疗机构配制制剂做了如下规定：

① 非药学技术人员不得直接从事药剂技术工作。

② 医疗单位配制制剂必须具有《医疗机构制剂许可证》。

③ 医疗机构配制制剂必须具有能够保证制剂质量的设施、管理制度、检验仪器和卫生条件。

④ 医疗机构配制的制剂，应当是本单位临床需要而市场上没有供应的品种，必须按照规定进行质量检验；合格后凭医生处方在本医疗机构使用。医疗机构配制的制剂，不得在市场销售。

医院制剂分为标准制剂、非标准制剂、临时制剂三种。标准制剂指按国家药典颁布标准或地方标准生产的制剂。非标准制剂指按医疗单位自行制定的制剂处方、工艺、质量标准等生产的制剂。临时制剂指医疗单位临床试用或科研应用的新制剂。

18.5.2 医院制剂的审批

凡具备条件者，经有关部门审查批准均可设立制剂室。

医疗单位制剂室的审批程序是：由本单位提出申请，经有关部门审核同意，然后上报所在地省、自治区、直辖市人民政府药品监督管理部门，按规定的条件经检查验收合格者，发给由国家有关部门统一印制的《医疗机构制剂许可证》。在《医疗机构制剂许可证》上注明配制制剂的范围及有效日期，到期重新审查发证。一般有效期为 5 年，持证单位在期满前 6 个月按第一次申请的程序重新申请，对验收合格者给予换证，换证之后方可继续配制制剂。

审批制度的细节如下：

① 审批时间。一年或数年申报一次，由药品监督管理部门确定具体时间。

② 内容。应像报批药品一样，标明制剂品名、规格、制备工艺、用途、质量标准、检验方法、用法、包装、标签等。附前述材料，送样品三批，经当地药品检验所检验，待合格后，会同检验报告书，向当地药品监督管理部门申请制剂批准文号。标准制剂，即已有国家标准、地方标准和医院制剂规范收载的制剂，需向县以上主管卫生行政部门申报备案，其制剂的处方、操作工艺、质量标准、用法、用量以及标签均与标准一致，并经县以上主管卫生行政部门初审后，报上一级主管行政部门批准，给予批准文号。非标准制剂，即各级医院自行设计的协定处方、验方和科研制剂等不属于上述标准制剂范围的制剂，需提供处方、制备工艺、质量标准、用途、疗效、用法、用量等。申报资料，经有关卫生行政主管部门审核，给予制剂批准文号。

③ 品种。由省以上药品监督管理部门确定。

④ 收费。每个品种、规格收取审评费、检验费。

⑤ 其他。药品检验所、当地药品监督管理部门要通过注册、积累产品质量资料，每隔 3～5 年重新审评已批制剂并修正地方医院制剂规范，逐步提高医院制剂的水平。

18.5.3 医院制剂的配制管理

在医院制剂的配置管理方面，我国有着相应的管理指导性文件——《药品生产质量管理

规范》和《医疗机构制剂配制质量管理规范（试行）》。药品生产质量管理规范（Good Manufacturing Practice，GMP）起源于美国，作为一种制药生产的科学管理方式，经世界卫生组织（WHO）向世界各国推荐，至今已有一百多个国家在药品生产中采用。1988 年，中国颁布了《药品生产质量管理规范》，后经 1992 年、1998 年两次修订。《药品生产质量管理规范》作为一个指导性文件，仅规定了目标，而没有给出（事实上也不可能全部给出）实现这些目标的途径，这就允许不同生产厂家运用自己不同的方法达到规定的目标。为使医疗机构的制剂质量得到进一步保证，国家药品监督管理局又制定并颁布了《医疗机构制剂配制质量管理规范（试行）》。

制剂室的类型则根据各种剂型的制剂要求，分设普通制剂室、灭菌制剂室和中药制剂室。

1. 普通制剂室

普通制剂室主要负责配制内服和外用西药制剂，如合剂、溶液剂、混悬剂、酊剂、片剂、胶囊剂、丸剂、散剂、软膏剂、栓剂等，是医院制剂室的主要组成部门之一。普通制剂是医院内应用广泛的一大类制剂，其品种繁多，既有多年保待不变的常规制剂，也有近年来新开发品种。普通制剂室在坚持日常生产和供应的同时，应充分利用各方面的条件，研究开发一些符合“剂量小、疗效高、副作用小、使用方便”原则的新制剂。

普通制剂室应按生产任务配备相应的工作用房和仪器设备，并应有具备大专以上药学学历（或具有主管药师以上技术职称）的药师担任负责人。内服与外用制剂应分室配制、分室包袋、分室保管，内服与外用制剂的原料应分室或分柜保管，内服与外用制剂的用具亦不得混用。配制分装眼用制剂必须设净化台或室。配制间和分装间应有防尘、防蚊蝇设施。

普通制剂的配制有着严格的要求：

① 配制各种制剂必须有处方、配制规程和标准操作规程。这些文件必须按规定的程序进行审批修订，不得随意更改。

② 配制前必须填写制剂登记，并详细核对内容，做好原料、辅料、仪器用具、包装材料等的准备工作。所用原料、辅料等均应符合中国药典或其他标准的规定。

③ 配制时对药品名称及原料、精料、用量应认真核对，准确称取，经核对无误后方可进行配制，并有两人签名。配制含有挥发性、腐蚀性药品的制剂时应注意防护，并选择合适的容器。

④ 配制数量可根据制剂性质、消耗和季节气候确定。对易生霉、失效、变质的制剂，应少量勤配，必要时酌加适量的防腐剂、稳定剂等。

⑤ 配制完毕应对配制总量、投料量、原料品名及规格进行复核，并立即标记名称、含量、配制日期、有效期等，不得将所配制剂与原有制剂混合装瓶。

⑥ 所配制剂均应按中国药典及有关规定项目送药检室进行质量检查和测定，合格后方可分装使用。

⑦ 制剂分装前应认真核对分装制剂的名称、规格、含量和容器，认真操作，准确装量。

分装混悬剂时应用搅拌器随搅随分，注意均匀。分装霜剂时，先调好分装机量刻度，使装量准确，并随时抽查。分装完毕应再复核品名、规格、数量、标签等，无误后在分装登记本上登记并签名。

⑧ 制剂标签应逐张检查，以防混淆，并加盖批号。

2. 灭菌制剂室

灭菌制剂室主要负责配制大输液、注射剂、滴眼剂及外用灭菌溶液等。

（1）大输液

灭菌大容量注射剂又名大输液，是指将配制好的药液灌入大于 50mL 的输液瓶或袋内，加塞、加盖、密封后用蒸汽热压灭菌而制备的灭菌注射剂。由于其给药方法与普通注射剂不同，且直接进入静脉，质量要求应高于普通注射剂，所以输液制剂在生产过程中必须有严格的质量控制标准和无菌观念，对每一个批号的产品都要有一份能反映各个生产环节实际情况的生产记录。

目前临床常用的输液剂有以下几种：

① 盐类输液，如等渗氯化钠注射液、复方氯化钠注射液等。

② 糖类输液，如葡萄糖注射液、转化糖注射液、果糖注射液、麦芽糖注射液等。

③ 多元醇输液，如甘露醇注射液、山梨醇注射液、木糖醇注射液等。

④ 氨基酸输液，如各种复方氨基酸注射液。

⑤ 乳剂输液，如静脉脂肪乳注射液。

⑥ 代血浆输液，如右旋糖酐、羟乙基淀粉输液等。

⑦ 抗生素类，如氟康唑注射液、环丙沙星注射液等。

一般来说，对大输液的质量有如下要求：

① 无菌。大输液成品中不应含有任何活的微生物，必须达到中国药典无菌检查的要求。

② 无热原。大输液成品中不应含有热原，必须达到中国药典热原检查要求，合格后方能使用。

③ 澄明度。大输液澄明度按中国药典规定的方法，用目检视，应符合卫生部关于澄明度检查判断标准的规定。由于肉眼只能检出 50μm 以上的粒子，为了提高输液产品质量，中国药典 2000 年版规定了注射液中不溶性微粒检查法。该法规定，在澄明度符合规定后，100mL 以上的静脉滴注用注射液，每 1mL 中含 10μm 以上的微粒不得超过 20 粒，含 25μm 以上的微粒不得超过 2 粒。

④ 渗透压。大输液要有一定的渗透压，其渗透压与血浆的渗透压相等或偏高渗。

⑤ pH 值。大输液的 pH 值要求与血液相等或接近，血液 pH 值为 7.4，输液 pH 值一般控制在 4.0～9.0。

此外，大输液的成分含量、自然色泽也应符合规定要求。大输液输入体内应不引起血象的任何变化，不损害肝脏、肾脏等。大输液中不得加有任何抑菌剂，并在储存过程中质量稳定。

（2）注射剂

注射剂指经皮肤或黏膜注入体内的药物无菌制剂。包括灭菌的溶液、乳浊液和混悬液，以及供临用前配成溶液或混悬液的无菌粉末和浓缩液；也包括供静脉滴注用的输液。据不完全统计，注射剂在医院常用制剂中约占 40%。

由于注射剂直接注入机体，所以对注射剂的质量要求十分严格。注射剂成品中的微生物、热原、澄明度、安全性、渗透压、pH 值、稳定性、降压物质等，必须符合中国药典 2000 年版规定。

注射剂生产车间应按一般生产区、控制区、洁净区的要求设计。为保证空气洁净度要求，应避免不必要的人员和物料流动，无关人员和物料不得通过生产区。不允许在同一房间内同时进行不同品种或同一品种不同规格的操作。车间内应设置更换品种及日常清洗设备、管道、容器等设施，而不能影响车间内洁净度的要求。原料库、包装材料库、成品库、标签库、原料称量室、配料和包装间都要隔断。包装生产线如进行非同一品种或非同一批号产品的包装，应进行必要的分隔。在药品生产中，由于制剂品种不同，其生产设施、设备、工艺过程也存在着差异。

（3）滴眼剂

滴眼剂指药物制成供滴眼用的灭菌澄明溶液或混悬液，用于治疗或诊断眼病。由于眼是感觉敏锐的器官又是较为娇嫩的组织，尤其在患眼疾时，对外来刺激更为敏感，因此眼用制剂要求性质稳定、无菌、无异物，使用时无痛，无刺激性。

对于滴眼剂应满足以下质量要求：

① pH 值。滴眼剂的 pH 值直接影响对眼部的刺激程序及药物的疗效。正常眼可耐受的 pH 值为 5.0～9.0，pH 值为 6.0～8.0 时无不舒适感觉，小于 5.0 和大于 11.4 有明显刺激性。因此，pH 值的选择，要兼顾到疗效、刺激性以及药物的溶解度和稳定性等诸多方面的要求。

② 渗透压。眼球能适应的渗透压范围相当于浓度为 0.6%～1.5%的氯化钠溶液，超过 2%就有明显的不适，低渗溶液应该调成等渗。因治疗要求有时也用高渗溶液，如 30%磺胺醋酰钠滴眼剂。眼球对渗透压的敏感度比 pH 值小。

③ 无菌。眼部有无外伤是眼用制剂无菌要求严格程度的界限。一般滴眼剂（即用于无眼外伤的滴眼剂）要求无致病菌，绝对不能有绿脓杆菌和金黄色葡萄球菌。

3. 中药制剂室

中药制剂室主要负责各种中药制剂，如中药合剂、口服液、酒剂、浸出制剂、颗粒剂、膏药、散剂、胶囊剂、片剂、丸剂等以及某些饮片的炮制。中药制剂室的管理主要包括人事管理、经济管理、建筑管理、设备管理、业务管理、库房管理、科研管理七个方面。

18.5.4　医院制剂的质量检验

凡是医院，只要有制剂室，能够配制自制制剂，就必须设有相应的药品质量检验科（室），

这是对医院制剂管理最基本的一项要求。药品质量检验科（室）的检验对象主要是医院制剂，它的行政和业务直接由药学部主任领导。在我国现行医疗制度中，各级医院一般都配有制剂科，生产供临床使用的自制制剂，因而各级医院必须设有相应的药品质量检验科（室），并按照规定配备与其各自的工作任务相适应的专业技术人员。药检人员亦直属药学部（科）主任领导。

医院药品质量检验科（室）根据医院的规模、类型及承担的任务，其组成不尽一致。对于一所具有配制各种自制制剂能力的大型综合性医院，其药品质量检验科（室）应包括化学分析室、仪器分析室、微生物学检查室、细菌内毒素检查室、动物实验室、留样观察室等。

药品质量检验科（室）的主要任务包括自制制剂的质量检验、制剂质量标准及质量管理等文件的研究、制定与修订、临床毒物分析、外购药品质量的监督、制剂的留样观察等。

（1）自制制剂的质量检验

这是最基本的一项工作，也是保证医院自制制剂质量的关键。自制制剂的质量检验包括生产用水、原料、半成品及成品的质量检查。依据检验结果决定生产用水是否可以投入生产；原料是否符合要求；半成品能否转入下级工序（如出现不合格品应及时提出处理意见和方案）；成品能否发放使用。检品的检验应按规定的抽样方法抽样，按检验程序执行，依据检验规程操作，按质量标准下结论，按要求填写记录并签发报告单。国家的有关法规明确规定，医院的所有自制制剂必须每批检验，要有完整的检验报告单，质量符合标准才能使用。

（2）制剂质量标准及质量管理等文件的研究、制定与修订

所有制剂的检验都必须严格按照质量标准进行，遵守操作规程及管理制度，这样才能保证制剂检验的准确性，所以药品质量检验科（室）必须建立每种制剂的质量标准，制定严格的操作规程和质量管理制度，参与制定制剂操作规程。

（3）临床毒物分析

有些医院临床毒物分析放在临床药理实验室进行，其目的就是对临床抢救的中毒病人进行毒物的鉴定分析，迅速做出报告，以供临床医生抢救和治疗病人时参考。该项工作的检验标本主要为病人的体液及残留的可疑物。

（4）外购药品质量的监督

外购药品，原则上都是从国家正规渠道进货，出厂时都经过严格的质量检验，并附有检验报告单。医院从医药公司购进的药品，在一般情况下不需要再进行检验，但在某些特殊情况下，如药品受潮、标签脱落、接近效期等，或出现其他一些可疑情况，就要进行严格的检验来进一步确保其质量，经检验质量合格的药品才可使用。

（5）制剂的留样观察

制剂的留样观察是保证制剂在使用期间内质量稳定所必不可少的。留观的样品必须定期对其外观和内在的质量按标准进行检查。另外，留样观察还可以用来考察制剂在储存条件下的质量变化规律，为确定和改变制剂的有效期或质量负责期提供数据。

18.6　临床药学业务管理

18.6.1　概述及发展

将用药管理（drug use management）作为药学部业务工作的主流是由 Brodie 于 1966 年首次提出的。Brodie 把“用药管理”定义为一个集知识、理解、判断、操作过程、技能、管理和伦理为一体的系统，该系统的目的在于保证药品使用的安全。可以说，药师进行临床用药管理最重要和有效的方法，就是对药品的获得、处方、给药和使用过程进行全程监测和有效的管理。

20 世纪中叶以后，由于化学制药工业的迅猛发展，新药品种不断增加，新剂型、新制剂层出不穷。而医生不可能全面掌握那么多的药物知识，导致在药物治疗中产生困难，不合理用药和药物不良反应时有发生，并呈不断增加的趋势。在这种背景下，药师开始逐步涉足临床用药领域。他们和医生、护士一起，面对病人，相互配合，研究药物在体内的量效变化过程及其与生理和病理之间的作用关系，共同参与药物治疗，监护病人用药，直接向病人提供服务，以保证药物治疗的合理性。

20 世纪 90 年代以后，“药学保健”开创了医院药学的新时代。临床药师的职业观念由此发生了根本的改变，将过去整天和药物打交道，以药物为中心的服务摸式，转变为直接和病人打交道，以病人为中心的工作模式。“药学保健”的基本原则是以病人为中心和面向用药结果。其目标不再仅仅是治愈疾病，而是强调通过实现药物治疗的预期结果，改善病人的生存质量。现在的临床药师已开始直接面向病人，协助和指导人们接受最佳的药物治疗，开始了全面的、全方位的药学服务。药师向病人提供药学保健服务的具体任务已经由传统的管理药品转变为管理药品的使用及其结果。

18.6.2　临床合理用药

药物是治疗疾病的重要武器，但药物存在两重性，既有治疗作用，也有或多或少的不良反应甚至毒性。根据疾病诊断，合理地使用药物，能使病人迅速恢复健康。反之，不仅起不到治疗作用，还会对病人产生不利的不良反应，轻者损害健康，重者贻误生命。从经济角度看，也是对卫生资源的浪费。因此，合理地使用药物，可使病人以最小的经济负担，冒最小风险，获得最大的治疗效益。合理用药是临床用药管理的基本出发点和归宿，是临床用药管理的核心。

广义地讲，合理用药是指以当代的系统的医学和药学知识指导用药，使药物治疗达到有效、安全、经济的基本要求。这个基本要求也是合理用药的基本准则，涵盖了药物治疗的全过程，即将适当的药物，以适当的剂量，在适当的时间，经适当的途径，给适当的病人使用

适当的疗程，达到适当的治疗目标。

由于具体病人、疾病和药物等十分复杂，涉及的知识面很广，在实际工作中主要应注意以下几个问题：

① 要正确选用药物，首先要尽快明确诊断，严格按适应症给药，有的放矢，才可避免误用或滥用药物。

② 了解以往有无药物过敏、遗传缺陷，如酶的缺陷或异常等，谨慎选择药物，以保证安全用药。

③ 注意病人的机体状态、年龄、性别、体重，特别是对患有心、肝、肾等主要脏器功能不全的病人，选用药物及制定给药方案时，一定要注意合理性，以免引起这些脏器及全身的不良反应。

④ 为使药物迅速达到病变部位发挥作用，需要选择适宜的药物制剂、剂型、给药途径及给药方法，以获得疗效好、不良反应少的效果。

⑤ 注意合并用药时药物间的相互作用。

⑥ 在有效、安全的前提下，能用价廉药不用昂贵药。

⑦ 按规定疗程用药，在药效尚未显现时切莫频繁换药，尤其是抗生素更是如此。

⑧ 除按一般规定外，尚需注意某些药物的时间药理学。此外，预防用药时应根据药物的药动学特性注意给药起始时间及维持时间等。

⑨ 重视患者个体差异，必要时进行血浓度监测，实行个体化给药方案。

⑩ 临床进行药物治疗时，只有全面综合考虑各种情况，对病人具体情况具体分析，合理选药，合理给药，才能真正做到有效、安全、经济地使用药物。

18.6.3 临床用药不良反应的监测和处理

药物对机体的作用具有两重性，一方面用药后可以改善机体生理、生化或病理过程，有利于患病个体的康复，防治疾病，这就是治疗作用；另一方面，用药也可能引起机体的生理、生化的紊乱或结构改变等，而有害于机体，给病人带来痛苦和危害，这称为不良反应。

1．药物不良反应的定义

世界卫生组织（WHO）对要监测的药物不良反应的定义是：药物不良反应是指在预防、诊断、治疗疾病或调节生理功能过程中，人接受正常剂量的药物时出现的任何有伤害的和与用药目的无关的反应。

2．药物不良反应的分类

药物不良反应的分类方法很多。一般根据药物不良反应的临床表现与药物药理作用之间的关系，分为 A 型和 B 型两种。

A 型不良反应是指由于药物的药理作用增强所引起的不良反应，其程度轻重与用药剂量

有关，一般容易预测，发生率较高而死亡率较低。

B 型反应是指与药物常规药理作用无关的异常反应，通常难以预测在具体病人身上是否会出现，在药物研究阶段的常规毒理学试验中难以发现，一般与用药剂量无关，发生率较低但死亡率较高。

根据药物不良反应临床表现又可分为副作用、毒性反应、特异性反应、变态反应、后遗作用、撤药综合征、二重感染、药物依赖、致畸作用、致癌作用、致突变作用等。

3．药物不良反应监测方法

药物不良反应资料的收集、整理、分析等需要一定的方法，目前常用的监测方法有自发呈报系统、医院集中监测系统、记录联用、病例对照研究、记录应用和队列调查等。

（1）自发呈报系统

自发呈报系统是一种自愿而有组织的报告系统，国家或地区设有专门的药物不良反应登记处，成立有关药物不良反应的专门委员会或监测中心，委员会或监测中心通过监测报告单位把大量分散的不良反应病例收集起来，经加工、整理、因果关系评定后储存，并将不良反应信息及时反馈给监测报告单位以保障用药安全。目前，世界卫生组织国际药物监测合作中心的成员国大多采用这种方法。这种方法的优点是监测覆盖面大，监测范围广，时间长，简单易行。药物上市后自然地加入被监测行列，且没有时间限制。药物不良反应能够得到早期警告。由于报告者及时得到反馈信息，可以调整治疗计划，合理用药。其缺点是存在资料偏差和漏报现象。

（2）医院集中监测系统

医院集中监测系统是指在一定时间、一定范围内详细记录某一药物不良反应的发生情况。根据监测对象的不同可分为住院病人和门诊病人监测。根据研究目的又分为病人源性和药物源性监测。前者是以病人为线索，了解药物及药物不良反应情况；后者是以药物为线索，对某一种或几种药物的不良反应进行监测。通过对资料的收集和整理，可以对药物不良反应全貌有所了解，如药物不良反应出现的缓急轻重、各种药物引起的不良反应发生率以及转归等。

（3）记录联用

记录联用是指通过独特方式把各种信息联结起来，可能会发现与药物有关的事件。通过分析提示药物与疾病间和其他异常行为之间的关系，从而发现某些药物的不良反应。如通过研究发现安定药与交通事故之间存在相关性，证实安定类有嗜睡、精力不集中的不良反应，建议驾驶员、机器操作者慎用。阿司匹林与脑出血间也存在统计学关系。记录联结的优点是能监测大量的人群，有可能发现不常用药物的不常见不良反应。可以计算不良反应发生率，能避免回忆和访视时的主观偏差，能发现延迟性不良反应。缺点是需要依赖其他已成熟的系统，专门建立系统则费用昂贵。

（4）病例对照研究

病例对照研究是将某病患者与对照组（非该病患者）比较，找出两组对先前药物暴露的差异，得出所患疾病与某药物的关系。病例对照研究最大优点是能迅速进行，且费用不高，但易出现资料偏差。在资料不全时，难以选择对照。

（5）记录应用

记录应用是在一定范围内通过记录使用研究药物的每个病人的所有相关资料，以提供没有偏性的抽样人群，从而了解药物不良反应在不同人群的发生情况，计算药物不良反应发生率，寻找药物不良反应的易发因素。根据研究的内容不同，记录应用规模可大可小。

（6）队列调查

队列调查是将样本分为两组，一组为暴露于某一药物的患者，另一组为非暴露于该药的患者，进行观察，验证其结果的差异，即不良事件的发生率或疗效。队列调查又分为前瞻性调查和回顾性调查两种。其中前瞻性调查是从现在时间起至今后某一时间段，对固定人群的观察。它的优点包括：可收集到所有的资料；病人的随访可持续进行；相对和绝对危险度可以估计；假设可产生，亦可得到检验。它的缺点有：资料可能有偏差；容易漏查；假若不良反应发生率低，为了得到经得起统计学上检验的病例数，就要扩大对象人群或延长观察时间，但有时不易做到；费用较高。回顾性调查则是指回顾统计过去某一时间段，药物与某种现象的关系。资料可来自杂志期刊等。

一旦发现药物不良反应发生，首先停用一切药物。这样既可以终止药物对机体的继续损害，又有助于诊断和采取治疗措施。药物不良反应多有自限性特点，停药后无需特殊处理，症状可逐渐缓解。如果遇到严重的不良反应如过敏性休克、药物性肝肾功能损害等应采取对症治疗，以减轻不良反应造成的损害。如果药物中毒较严重，可酌情采用拮抗剂治疗，或者采用透析支持疗法。

精品案例

当前关于医药改革的核心观点是“两个坚持、四个分开”，即“要坚持公共医疗卫生的公益性质，坚持预防为主、以农村为重点、中西医并重，实行政事分开、管办分开、医药分开、营利性和非营利性分开”。因此，医药改革已经明确了医药分开。目前有以下几种改革模式。

1. 收支两条线

以上海市长宁区和松江区为代表，按照“两级财政、分级管理”的原则，对社区卫生服务中心和区级医疗机构试行不同的收支管理模式。

2. 形式上的“医药分开”

以武汉市江汉区北湖社区卫生服务中心为代表，该中心与万家乐医药有限公司达成协

议，药品销售交万佳乐独立经营管理。在不改变社区卫生服务中心所有权及职工身份、用药需求、保证药品价格与社会平价药店同步的前提下，北湖中心将药品、医疗器械、医用耗材的经营权、管理权转移给万家乐。万家乐租用北湖中心临街 7 间业务用房，每年向其缴纳 24 万元租金，北湖中心的 8 名职工参与万家乐的日常经营工作。

3．药房托管

以南京市二级医疗机构“药房托管”为代表。共有单独托管（医疗机构与药品经营公司单独谈协议）、组合式托管（数家医疗机构组团式招标，再单独签约）、集中式托管（以区县为单位，各医疗机构将药品采购权、购药资金的结算权和药品销售收益的分配权委托给政府采购中心运作）几种形式。

4．芜湖模式

该市成立了“药品管理中心”，集中开展全市药品的网上集中采购、公开招标，根据各医疗单位的药品需求，集中配送，集中与各家医疗单位结算费用。在人事方面，先行试点的 8 所市级医院药剂人员的人事、工资等关系全部划转到药管中心，完全切断药品及药剂人员与医院的利益关系，由药管中心从中聘用工作人员，仍然使用医院药房，药费由医院代收，医院与患者结算用原发票，药管中心按时与医院进行核算及财务结算。网上招标的药品价格一律控制在加价 10%的范围。

（资料来源：http://info.pharmacy.hc360.com/2008/06/19143759667.shtml）

本章参考文献

1．吴蓬等.药事管理学（第三版）[M]．北京：人民卫生出版社，2003

2．中国药学会药事管理专业委员会、中国医药卫生改革与发展相关文件汇编[G]．北京：中国医药科技出版社，2002

3．胡晋红．医院药学（第二版）[M]．北京：人民军医出版社，2000

4．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000

5．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

6．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009

7．陈洁．医院管理学[M]．北京：人民卫生出版社，2005

8．吴崇其等．中国卫生法学[M]．北京：人民卫生出版社，2003

9．徐淑云等．中华临床药物学[M]．北京：人民卫生出版社，2003

10．陆晓和等．医院药剂科工作管理规范[M]．北京：人民卫生出版社，2002

11．刘延平．多维审视下的组织理论[M]．北京：清华大学出版社，北京交通大学出版社，2007

12．张静华．医院药学[M]．北京：中国医药科技出版社，2001

13．国际药学联合会．药房服务质量标准[S]．1997

14．中国非处方药物协会．优良药房工作规范（试行）．2003

15．庄玉梅．现代化医院药事管理探讨[J]．实用医技杂志，2009，1（1）：62

16．李洪福．谈注意发挥医院药事管理委员会职能作用[J]．哈尔滨医药，2007，（2）：40～41

17．房靖祥．医院药事管理存在的主要问题和发展建议[J]．齐鲁药事，2005，24（12）：719～720

18．吴永佩．医院管理学——药事管理分册[M]．北京：人民卫生出版社，2003

第 19 章　医院设备管理

医院要发展，除了医生的医术外，离不开医疗设备。随着科学技术的飞速发展，大量现代化的高、精、尖医疗设备如 CT、MRI、PET、SPECT、伽马刀等一系列诊断、治疗设备相继应用于临床，医疗仪器设备在医院整个固定资产中的比重不断增加，已经占有举足轻重的地位。

医院设备管理是围绕设备开展的一系列组织与计划工作的总称，包括规划、计划、论证、选购、建档、安装、调试、验收、使用、维修直至报废的全过程。医院设备是医院管理方面必不可少的重要内容，是保障医疗、教学、科研等工作正常开展的基础。它不仅为医院的正常医疗等活动提供基本条件，而且还为病人和医院职工提供生活服务保障，同时还能创造可观的经济效益。所以认真搞好医院后勤设备的管理，充分发挥后勤设备的功能和作用是非常重要的，只有搞好医院后勤设备的管理，才能更好地为医院的医疗、教学、科研服务，为患者和广大职工服务。

19.1　医疗设备概述

医疗设备是医疗诊察、治疗的现代化工具和保证医院医、教、研工作正常运行的必要条件。从一定意义上讲，不管是综合性还是专科性医院其医疗设备直接反映出该所医院的规模大小和现代化程度，然而大部分医院认为设备修理就是设备管理，因而在医院管理系统中仅设有从属于药房的医疗器械维修组，没有专门的设备管理人员、部门或机构。随着我国医院规范化管理工作的推进，医院设备管理已成为医院管理的一项重要内容，且正为愈来愈多的医院所共识。

19.1.1　现代医疗设备概念和特点

医疗设备是指在医疗卫生工作中所应用的具有较高技术水平的仪器、装备、器具、机械装置等产品。20 世纪末，科学技术呈加速度发展，新学科、新技术、新发明似雨后春笋般地涌现。高新技术以医疗设备的形式，进入医疗技术领域，带动着医学科学技术的发展。为了控制医疗费用过快增长，促进卫生事业的健康发展，维护患者权益，国家对于大型医疗设备的管理尤为重视。卫生部、国家发展和改革委员会、财政部于 2004 年发布《大型医用设备配置与使用管理办法》，自 2005 年 3 月 1 日起施行。大型医用设备管理品目由国务院卫生行政及有关部门确定、调整和公布。大型医用设备管理品目分为甲、乙两类，资金投入量大、

运行成本高、使用技术复杂，对卫生费用增长影响大的为甲类大型医用设备，由国务院卫生行政部门管理。管理品目中的其他大型医用设备为乙类大型医用设备，由省级卫生行政部门管理。

以高新技术装备的现代化医疗设备，往往是结构复杂，加工精细，技术精度非常高的仪器设备，具有如下特点。

（1）技术综合程度高

科学的高度分化与综合，在医疗设备中也有明显的反映。“专项测定”、“一次性使用”、“无维修设计”等中、小型医疗器械的出现，是科技分化的体现；多学科综合应用的大型医疗设备，如 CT、MRI、伽马刀、PET 等医疗设备集声、光、机、电、计算机、新材料等高新科技成果为一体，均具有精密的设计、复杂的结构、智能化的计算机控制、全自动的数据图像处理系统，使医疗设备具有技术精度高、运算速度快、操作程序化、数据处理自动化，稳定性和重复性好等特点，其技术综合程度大大提高。

（2）安全、稳定性要求高

医学装备大部分直接接触人的身体，有的甚至要植入或长期植入到人体内，因而对其安全性和有效性有极为严格的要求。必须保证医疗仪器设备的绝对有效和绝对安全，因此必须严格把关，保证质量，必须进行严格试用以保证安全无害和有效。世界各发达国家为此都制定了严格的法律法规，实行严格的市场准入制度。在欧盟，必须获得欧洲合格评定的 CE 证书；在美国，凡允许进入市场的医学装备必须通过美国食品和药品管理局颁发的 FDA 证书；在我国，必须获得国家食品药品监督管理局（SFDA）颁发的“中华人民共和国医疗器械注册证”。

（3）技术更新周期缩短

现代科学技术的发展日新月异，知识更新周期大大缩短，因此，医疗设备的技术寿命也相应缩短。技术知识的更新带来的是新技术、新型号、新品种的医疗设备不断出现，产品陈旧化的速度加快，以 CT 为例，从第一台样机临床试用至今，在 20 多年的时间里不断进行产品的改进，新产品的图像扫描时间已大大缩短，清晰度也大大提高。

（4）性价比提高

科技进步、市场竞争及大规模的自动化生产，使医疗设备的性能、质量有了较大的提高，而制造成本及使用维护费用却有所降低，使医疗设备总体的性能、价格比有所提高。这不仅对提高医院的医技水平有益，而且也对减轻病人的负担有利。

（5）医院设备、人员、工程与医学相结合

这是医疗仪器设备日益增多和重要性日益提高的必然趋势，也是学科相互渗透和交融的必然结果，要求工程技术人员进入医院系统，进行医疗护理工作的实践，也要求医务人员能掌握更多的工程技术知识。学科的交融可使诊疗质量进一步提高，也可结出更多的医学科研成果。

（6）结构一体化和操作自动化

设备研制者更多采用了集成电路进行医疗设备一体化的结构设计、制造，使设备性能更趋稳定和可靠，维修起来也简便易行，同时，由于在医疗设备上大量采用了计算机控制，使操作的自动化程度大大提高。如全自动生化仪，把样品按规定输入后，仪器能根据设定的程序进行自动检测、数据处理和打印，完全实现了自动化。

19.1.2　医疗设备的分类

（1）诊断设备类

诊断设备包括 X 线诊断、功能检查、超声诊断、核医学诊断、内镜检查、实验室诊断、五官科检查、病理诊断等。

（2）治疗设备类

治疗设备包括病房护理设备、手术设备、放射治疗设备、核医学治疗设备、理疗设备、激光设备、低温冷冻治疗设备、透析治疗设备、急救设备及其他治疗设备。

（3）辅助设备类

辅助设备包括高温高压消毒灭菌设备、中心吸引及供氧系统、空气调节设备、制冷系统、血液冷藏储存设备、超声波洗涤装置、制药机械设备、医用数据处理设备、医用摄影录像设备等。

19.1.3　医疗设备的发展趋势

随着科学技术的不断发展，医疗设备的原理、诊断结果和性能不断地发生变革，其发展的趋势如下。

（1）诊断的精确度逐步提高

随着现代计算机技术的发展和信息时代的到来，医疗设备必将引进更多的先进技术，提高其性能。医疗设备将从一般定性逐步向准确定量和定位的方向发展，从常量分析向微量分析和超微量分析方向发展，而且病人被检测的时间将越来越短，承受的伤害程度将大大减少。

（2）治疗的方法和手段更加先进

医疗设备作为医生为病人治疗疾病的工具和手段，既要能治好疾病。又要尽量减少病人的创伤和痛苦。新型的治疗设备逐步从大创伤到小创伤，小创伤向无创伤方向发展，治疗的方法与手段更容易被病人接受。

（3）体积小型化、功能多样化、环境要求简易化

大型医疗设备的体积逐步向小型化、微型化方向发展，向功能多样化、实用化方向发展。遥控式、电话传输式、长时间全方位监控式的设备正在逐步研制，并投入使用，医生能在病人自然生活状态下实现监控。先进医疗设备的使用环境条件要求也在大大降低，对环境的污染也大为减少。

（4）使用操作更为简便、直接、快捷

计算机技术与自动化技术在医疗设备中的应用，使医疗设备具有人工智能化，能实时测试，实现图文并茂的“菜单”化选择方式。感应触摸式指令输入，数字显示，自动数据处理、储存及打印，使操作更为简便与快捷。例如，生化检测使用的全自动生化分析仪，还有病理检测使用的全自动显微镜自带有激光照相机、打印机及计算机处理软件，可将检测结果进行自动处理后，直接打印。

19.2 医院设备管理

19.2.1 设备管理的意义

现代医学的飞速发展，在某种意义上依赖于先进医疗仪器设备的发展和使用，它一方面大大提高了医院诊疗水平；另一方面使医学科学基础研究进入了分子时代，使医学科研成果得到质的变化和进展，进而又促进诊疗水平的提高。所以国外有些人认为医院已进入“仪器设备时代”，可见医院设备管理的重要性。医院的建设和发展既要有高水平的医学人才，又要有先进的医疗仪器设备，只有这样才能不断满足人民群众日益增长的医疗需求。

（1）医疗设备是医疗技术建设的重要支持条件

医院医疗技术建设主要决定于两个方面，一是“硬件”建设，即物质条件保障系统；二是“软件”建设，即医疗技术人才，两者缺一不可。医疗设备是“硬件”建设中的关键。一流医疗技术的现代化医院一定要装备有反映现代化科学技术水平的医疗设备。

（2）医疗设备是开展医疗技术服务的工具和手段

“工欲善其事，必先利其器”。医疗设备是现代科学技术的物化形式，是开展和实施医疗技术服务的工具和手段。医院是以病人为对象，用医疗技术诊治疾病为目的的场所。现代医疗技术的发展，使人们对人体和疾病的认识在层次上已从整体、细胞水平深入到分子、亚分子水平。没有先进的医疗设备，就很难达到正确定位、定性、定量地诊治疾病的目的。事实证明，在当今日新月异发展的医疗技术方法和先进医疗设备的配合下，人类已打开了一个又一个“禁区”，大量疑难杂症得到了准确的诊断和彻底的治疗，这无疑给患者带来了难以置信的福音。

（3）医疗设备是提高压疗技术水平的技术保障

现代科技的发展已经证明，医疗设备对提高医疗技术水平和医学的发展有着十分明显的作用。先进新型医疗设备的问世，加速了医学科学和医疗技术的发展，并使医疗水平提高到一个新的高度。

19.2.2　医院设备管理的原则

（1）能级配置原则

所谓设备管理中的能级配置原则，就是指所要配置的设备应当与医院承担的功能、提供的服务量、服务范围、技术能力等相适宜。医院后勤设备配置既不能配置超出其功能定位的设备，又要满足实际工作需要。例如，对于一个普通的 400 张床的专科医院高层门诊大楼来讲，如果只配置扶梯设备而没有垂直电梯就显然不符合能级原则的要求，配置几部、载客量多少的电梯要根据具体情况而定。

（2）开放协调原则

开放协调原则是指在仪器设备管理中坚持开放观念，充分提高资源利用率，重视仪器设备利用的信息交流和反馈，要提倡资源共享，而决不采取“闭关自守”的落后政策和封闭措施，尤其要防止和扭转少数科室或人员把购置装备先进仪器设备作为谋取小集团利益或个人利益的工具。

（3）系统管理原则

医院设备管理是整个医院管理系统中的一个子系统，要求设备管理部门树立整体观念，克服部门所有的不良倾向。要从最大限度发挥设备的整体功能和效益的角度来评价设备管理的成效。因此，对设备实行系统化管理，就是要最大限度地发挥设备效能，防止医院不必要的资源浪费。

（4）经济效益原则

经济效益原则是指在医院设备管理过程中，必须遵守经济规律和价值规律，充分发挥医院设备资源的效能，在仪器设备的购置、使用、保管、维修、更新等一系列具体工作中，都应进行成本核算，讲究经济效益。

（5）动态管理原则

动态管理原则就是根据具体的实际情况采用灵活应变的管理方式。可以针对设备的不同类型、不同性能和不同科室，有时甚至要根据不同需要对医疗设备采取不同的有针对性的管理办法。在制定相应的管理办法时要因时、因地、因人制宜，不可千篇一律，也不可一成不变。

以上简述的管理原则，在实际工作中要兼顾多方面的因素，才有可能提高配置工作的效率和效果，避免设备资源的浪费。

19.2.3　医院设备管理的组织

随着医院医疗仪器设备数量不断增长和质量的不断发展，设备管理的组织机构不再隶属于总务科或药械科，而是独立的设备管理部门——设备科。设备科在院长领导下，在副院长的具体分管下开展工作，是向院长提供决策信息的组织协调部门。同时为保证医疗仪器设备

购置的正确性和管理的有效性，医院要成立以专家为主体的医疗仪器设备管理委员会，其组织建设如图 19-1 所示。

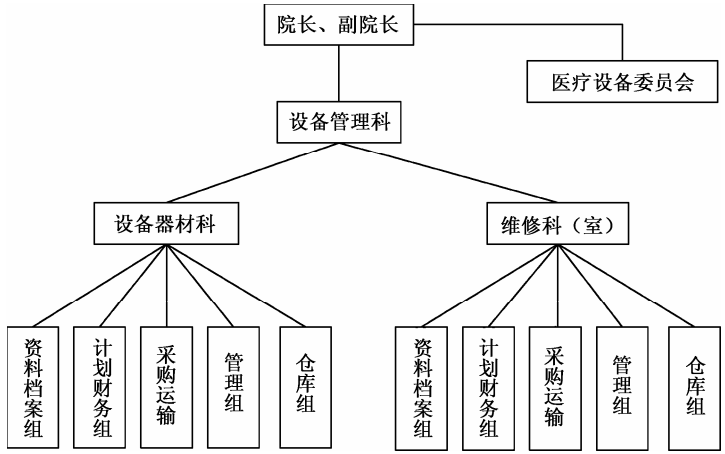


图19-1　设备管理的组织结构图

医院设备科的主要职能如下：

（1）制定医院设备装备规划和年度采购计划

根据医院中长期发展规划制定医院设备装备规划；根据各科室的请购计划和医、教、研的实际需要，编制年度采购计划，呈报院领导批准后执行。按国家和卫生部门有关规定，需要主管部门审批的要及时报批。

（2）编制年度采购计划

根据各临床、医技科室请购计划和储备情况，编制年度采购计划，呈报院长批准后执行。

（3）制定管理制度

制定医院仪器设备管理规章制度和具体管理办法、实施细则。

（4）组织实施设备管理

具体组织实施医院器械设备的装备规划，切实做好器械设备管理过程中的采购、订货、验收入库、安装调试、领发使用、维修保养、调拨转让、更新改造、报损报废、计量检查、统计上报等一系列日常业务工作。

（5）收集管理信息资料

收集整理有关医院仪器设备管理的信息资料，进行必要的综合、分析，再视情况分类保存或送阅，为医院领导决策提供依据，为技术人员提供相关服务。

（6）技术培训

组织和指导相关医务人员掌握设备的使用方法和要领，对医务人员进行有关医学工程技术方面的知识培训。

（7）日常事务

承办医院设备管理委员会的日常事务工作。协助医务人员合作开展有关仪器设备的技术革新和科学研究工作，推动医院技术开发和新设备的研制工作。

19.2.4　医院设备管理的主要内容

医疗设备是重要的卫生资源，技术精密，购置经费多，要求人员素质较高。管理是否合理，配置是否得当，其获得的综合效益反差十分明显。医院设备管理是对仪器设备物质运动形态和价值运动形态全过程的管理，主要内容包括装备管理、技术管理、经济管理。

1．装备管理

装备管理是指在对整个医院中长期发展规划进行充分论证的基础上，根据不同时期医院业务的不同需要，适时引进或淘汰相应医疗设备的计划管理模式。

2．技术管理

技术管理是保证医疗设备始终处于良好工作状态的管理工作，包括购置前对计划装备设备的技术性能、先进程度、安全可靠性、临床使用效能等方面的调研和技术评价，购置过程中对厂家、型号的选择，设备到货后的验收安装、建档保管、使用维修、计量校验以及报损报废等各个环节的管理。由此可见，技术管理是医院设备管理的核心内容。

3．经济管理

经济管理包括医疗设备的库存管理及对设备使用过程中的成本核算、效益分析、设备的折旧、报废等相关问题的管理。

19.2.5　医院大型设备管理中的问题

（1）缺乏宏观控制

国内各大城市医院的设备采购缺乏充足的、实事求是的调研工作，走入了购买大型设备的误区。这是目前我国普遍存在的现象。其结果是国家造成大量的外汇浪费；医院急于收回投资，各医院互相抢病源，造成了无序竞争；各医院大型设备诊查费大幅降价；滋长了医院的不正之风，如开单给提成费，给患者增加了负担；如果购进国外的二手货，就会造成资源浪费，给医院的医疗工作造成严重的不良后果。中国医疗机构的职能管理部门，也制定了相应的政策，结果收效甚微。当前，应借鉴国外成熟的经验，进行宏观控制，按城市辖区人口规范决定大型设备的数量，着重装备大型医院。

（2）购置存在盲目性

临床上往往出现有些大型设备临床投入使用后，实际情况与预期的可能性报告严重不相符，造成资产配置不合理。一些单位管理者热衷于买设备，见到使用部门购置申请，不经详

细地调查、实地考察，在事先没有经过科学论证，以及效益分析的情况下匆忙购置，结果导致购进的设备使用效率低，资产配置不均，甚至闲置，造成资金极大的浪费。

（3）人才储备不足

造成医院设备维修和管理人员不足有三方面的原因。首先是医院的原因，由于临床医学学科能给医院带来直接的经济效益，大多数医院领导层对此十分重视，但对临床医学工程学科关心不够，在人才培养、使用、晋升、生活待遇等方面存在着重医轻工的现象，从而导致对临床工程科室在人员培训、人才引进、经费投入等方面都考虑较少，医院设备维修和管理人员流失；二是医院设备维修和管理人员的原因，部分人员认为自己在医院中属于弱势和从属群体，自己定位于技术人员角色，没有构想过和临床医学工程学科的结合；三是目前国内环境，国外医疗器械设备公司进入我国，其优厚的条件使不少医学工程技术人员到国外的销售代理机构从事售后维修技术服务，导致人才外流。怎样调动医学工程人员的工作积极性，成为设备管理乃至医院管理的难题。

（4）设备的维护和保养差

传统的维修方式严重影响着医疗仪器设备的安全和正常工作，这一问题已摆在了决策者、管理者面前。设备出现闲置，功能没有得到充分发挥，不少先进设备成了摆设，投资处于无序状态，造成很大浪费。

19.3 医院设备装备管理

医院设备的装备管理是指设备从落实资金和预算，查明需要，经过综合平衡，编制计划，再选型订货，直至设备到货为止这个全过程的管理。做好装备管理必须充分地进行调查研究，选取最优的装备方案加以实施，才能合理使用资金，为临床医疗工作提供最恰当的技术装备。

19.3.1 装备管理

（1）中长期装备规划

从管理角度来说，每所医院都应有三年、五年的远景规划，在这个规划中必须要考虑医院规模的扩大、人员的增加、科室的发展、业务的增长及医疗装备的更新、改造和更大的投入等问题。实践表明，医疗装备的投入与医疗质量的提高和业务收入的增加有密切的关系。因此医疗装备的中长期规划是医院决策者不容忽视的重大问题。

（2）年度购置计划

年度购置计划是下一年度医院的装备计划。它是医院领导根据当年度及下一年度医、教、研的总目标、业务发展计划、各科室的需求及资金情况，从全局出发，综合平衡后确定的计划。年度装备计划有利于既确保重点，又照顾到全局；有利于大型设备的更新、改造和再投入；有利于科室间的平衡；有利于资金的合理安排和利用；有利于领导集中精力抓大事。

（3）平时的临时申购

在年度计划执行过程中，由于形势任务的变化或有新的科研课题产生，必然要对年度计划做必要的修正和适当的补充。这就需要通过平时的临时申购工作来解决。具体做法是：由使用科室填报仪器设备申购表，写明用途、配套条件、人员培训、收费标准等事项，再由设备管理部门审核提出意见后报医院领导批准后进行购置。

（4）常规设备材料的计划管理

对使用量大、品种规格比较确定的常规医疗材料如 X 光胶片、一次性输液器、注射器、敷料、试剂等可由管理部门的经办人员根据上年度的使用情况并充分估计到医疗业务的发展后按品种、规格、数量及估计金额等项目制定出月度及年度的购置计划，经设备管理部门审核并报医院领导批准后执行。

对不能确定计划的医疗设备材料，在需要补充或增添时，按临时申购的办法，按审批权限报批后执行。

19.3.2　医疗设备选择的一般原则

各类医院的规模不同，其任务、人员状况和技术条件不尽相同，因此各类医院的设备装备标准也不可能完全一致，但在设备选择时都应遵守一些基本的原则。

1．有证原则

所选购的医疗仪器设备必须具有医疗器械产品注册证。这些产品应该是经医疗器械行政管理部门审核合格准入市场的产品，不能购买无证产品。

2．经济原则

选购仪器设备时，应首先确定应用的范围和对象，然后进一步确定所选仪器设备的功能，在此基础上，本着尽可能节约的原则，进行选购。

（1）确定价位

即根据对市场信息的深入调查分析，比较同类产品的功能和价格，确定自己医院可以承受的价格，以此选择和确定厂家。

（2）追求高性能价格比和低成本消耗

性能价格比的高低是决定医院是否购买的重要因素，它反映了产品的功能与价格之间的关系。一般而言，设备功能越强，价格越低，其性价比越好。在采购医疗设备时，应尽可能地选择高性价比的仪器设备。同时，还需要考虑仪器设备投入使用后的维护成本问题，如水、电、气、人工、材料消耗等。特别要考虑消耗材料的来源与依赖性，应尽可能选择使用容易购买且消耗性材料成本较低的仪器设备。

（3）选择灵活、优惠的付款方式

仪器设备订购过程中，涉及各种各样功付款方式，其中应选择付款时间最晚的方式，使

投资风险降到最低程度。

（4）首选国内产品

凡国内产品的性能、质量上能满足要求的就不必引进国外产品，或只需进口关键主机，其配套附属设备可在国内购买。这样做既达到目的又可节约大量资金。

3．实用原则

（1）技术先进

技术先进是指该产品采用的原理、结构具有科学性、先进性，技术参数在同类产品中比较突出领先。要防止由于信息不灵而引进淘汰产品。

（2）产品成熟

产品成熟是指该产品为非试制品，而是经过临床大量实践检验，有广大用户基础的。对厂商首次推出的试产品不要轻易采用，也不要轻信厂商的广告宣传。

（3）质量上乘

质量上乘是指产品的可靠性、安全性及耐用性在同类产品中是领先的。

（4）相信名牌

名牌产品是大家公认的优质产品。名牌产品是名牌厂商通过对其产品的性能、品质、工艺、可靠性的不断开发、改进、提高及对生产各环节的严格管理，经过激烈的市场竞争而获得的结果，所以买名牌就是相信厂家的内在质量。另外，名牌厂商比较注重售后服务，因此，可以买到“放心”。当然名牌产品的价格会比普通产品贵一些，这就要根据所定的价位来权衡了。

4．功能适用的原则

功能适用就是物尽其用，充分利用和发挥仪器设备资源的作用，从临床实际工作出发选择比较实用的功能，过多地选择不常用的功能是不适用的。选购医疗设备时，一定要坚持功能适用的原则，做到物尽其用，最大限度地利用和发挥仪器设备的资源优势。反对那种在选购设备过程中盲目追求高、精、尖，功能越多越好的心态，一定要从临床工作的实际需要出发，选择最具有实用功能的设备，过多地选择不常用的功能就是一种浪费。

5．售后服务原则

良好的售后服务包括生产厂家及时提供对操作人员和维修人员分别进行的技术培训，提供完整详细的相关资料和维修手册，免费保修的时间长短及售后维修的响应时间、排除故障的能力、及时供应零部件等。

19.3.3 医疗设备的评价

设备选择是医院设备管理的一个重要程序，因此对医疗设备的评价在医院设备管理中必不可少。医疗设备的评价是领导层决策的依据，由设备部门负责，对设备进行综合评价，再

提交医院领导决策。设备的评价主要有以下几方面内容。

1. 计划性与可行性

计划性就是购置设备必须有医院的事业计划和财务预算作为依据，即事业计划、财务预算和设备购置计划三者必须协调一致，互相衔接，避免在管理上产生混乱，更要防止盲目购置。可行性是指医院现有的客观条件是否容许购置某种设备，主要包括两个方面，一是资金来源（引进设备尚须有外汇额度、用汇指标）是否已经落实，二是医院目前是否具备使用这一设备的条件，如有无使用安装和维修的技术力量及有无房屋空间等。如果条件不具备，近期也无法达到，则不应急于购置。

2. 需求评价

需求评价指购置此项设备的必要性，购置此项设备是否合理？临床上为什么要购买？需求的迫切性如何？有无其他可供选择的代替办法？内部有无潜力？能否将原有的设备修复使用？目前，医院正在逐步推广采用设备购置可行性论证。

3. 技术评价

该设备是否国内已生产？质量如何？如需引进，国外哪些国家有生产？罗列国别、厂商、型号以及各型号的价格、性能、成本效益等，进行权衡，选择价廉物美的设备。

对于精度的选择，要从实际需要出发，不能盲目地追求高、大、精、尖，应讲求实效。对于引进设备，要注意不能引进国外已经或者将要淘汰的仪器设备。选型时应注意主机和标准附件的完整性。

4. 维修的便利性

主要指以下两方面：

① 应选择维修性好的设备，即设备结构合理，零部件组合合理，易于拆卸修理，零部件互换性强。

② 应选择售后服务好的厂商或代理商，即当设备出现问题时，那些能及时上门提供高质量维修服务的厂商或代理商应成为首选。

5. 经济性评价

（1）最佳寿命周期费用

最佳寿命周期费用又称设备费用效率，是指设备费用效率（或称费用效果）最高时的寿命周期费用，这时寿命周期费用最经济，计算公式如下：

$$\text{设备费用效率} = \text{设备综合效率} / \text{寿命周期费用}$$

寿命周期费用由设备的生产费和使用费组成。生产费是指从设备设计、制造、调试，运输直至安装为止所发生的全部费用，实际工作中称设备购置费；使用费包括维护费、能源消耗、环境保护、保险、教育培训、技术资料等所需费用。

设备的综合效率不单纯是生产效益，而且还包括设备的可靠度、维修度、时间可利用率、能源消耗、安全性和人机因素等综合的系统效率。

（2）投资回收期

投资回收期是医院使用设备获得的收益回收其投资所需的时间，计算公式如下：

$$\text{设备费用效率}=\frac{\text{设备投资总额}}{\text{每年工作日数}\times\text{每日工作次数}\times\text{每次收费数}}$$

在其他条件相同的情况下，投资回收期越短越好。

（3）费用比较法

费用比较法又可分为现值法、年值法和终值法。

① 现值法：将每年使用费折算成设备购置后投入使用的第一年年初的价值——现值，加上设备投资额。据此进行不同设备寿命周期总费用的比较，从中选优。

② 年值法：将设备购置时的最初投资换算成相当于使用期间每年支出的费用，再加上每年的平均使用费用，得出不同设备每年应分摊的费用，然后比较。

③ 终值法：将不同设备最初购置费和每年使用费的总和折合成最末一年的价值——终值，然后进行比较。

19.3.4 医疗设备的购置

1．采购方式

（1）集中采购

国产医疗设备可通过全国性医院设备订货展销会来解决，一般大部分医疗设备均可落实。进口设备涉及外汇使用的管理和规定，只能在对口的国际医疗器械展览会上，在外贸公司的协助下集中订货。这种采购的好处是，一方面可以做到货比三家，更好地评价欲购仪器设备的性价比；另一方面，由于是集中购货，可享受相应的优惠，节省费用，特别是在展会后期往往可以得到更大的优惠。

（2）市场采购或向厂家订货

随着市场经济的发展，国产医疗设备逐步走向市场化，由商业部门或生产厂家自行推销。部分进口医疗设备及配件，也将由商业部门以大批量进口零星出售的方式来满足医院的需要。

（3）协作调剂和转让

对于少量急需的医疗设备及配件，一时采购不到，无法满足医疗上的紧急需要，而有的单位暂时不一定使用或积压在库，可以通过协作调剂的中介机构和网络，以内部调剂或转让的方式及时解决。

2．购货方式

（1）招标采购

招标采购是国际贸易中常用的先进方式。它能引起厂商的激烈竞争，使用户得到较多的优惠条件。招标适用于大型医疗设备或大批设备的一揽子订购。国际财团、组织或银行的资助项目，一般都要通过公开招标才能认定订购项目。所谓招投标，是指用户（招标人）通过有关机构和媒介事先发出通知，说明购置医疗设备的要求和条件，写好招标文本，邀请厂商按一定程序前来购买招标文件，做好投标准备。投标人根据招标文件中规定的时间和提出的要求、条件填好投标文本，提出具有竞争性的优惠条件，以争取中标达成交易。招标人根据回收的标书，通过公正、合法的专家评标，选择条件最优越的一个投标人作为购置医疗设备的成交伙伴，这种方式虽然手续麻烦，然而是较先进的、科学的一种购置方式。

（2）合同订购

大型医疗设备订购及设备批量购置中，为维护双方的利益，常用签订经济合同的方式订购。订购合同应根据经济合同法的有关规定，经双方协商，对各项具体条款在取得一致的意见后，按规定的格式签订具有法律约束力的书面协议。合同应条款齐全，权利义务关系明确，一经法人或代理签字，双方都必须严格履行。

（3）现货交易

现货交易是市场零星采购中常用的一种方式，以商店标价为依据，用现金或支票等结算，当场验收即时提货的直接交易方式。

19.4　医院设备的使用管理

医院设备的使用管理是指设备从到货起，经过验收入库，出库发放，财产账目，技术档案，使用率调查等一系列程序，直至设备报废为止这一全过程的管理。购置设备的目的是为了使用，仪器设备只有在使用过程中才能发挥作用。而且，在设备物质运动的全过程中，使用所占时间最长，所以使用管理是一个重要的环节。这个环节的任务，可以概括为两个方面，一是保证设备的安全，包括数量上的准确性和质量上的完好性，以便完整地保持其使用价值；二是提高设备的使用率，充分发挥设备的医疗效果，追求更大的社会效益和经济效益。

19.4.1　医院设备的常规管理

1. 账目管理

医院设备属医院固定资产范围，为便于清产核资及管理，常采用账、卡双重制。设备管理部门的设备账务要与财务部门固定资产总账内的设备账务相符（账账相符）。设备管理部门对医疗设备可自立账务系统，设立总账、分类账和分户账三账。为了便于使用科室对设备的清点和核对，每台设备在建账的同时，又设有内容相同的正副设备卡片两张。正卡保存在

设备管理部门，副卡随设备的流动而转移；直至设备自然寿命终止而报废，正副卡片与账务同时注销。每次清产核资，必须做到设备账务、卡片与实物三相符（账、卡、物相符）。

目前，医院设备的账务管理开始利用计算机信息系统，逐步实现计算机数据库代账，只要输入的数据正确，操作无误，设备的清产核资、对账、统计、报表和查询等都能做到实时处理，达到事半功倍的效果。

2. 档案管理

医疗设备档案是指医疗设备出厂时随机携带的原始文件资料和安装调试使用维修过程中形成的文件资料，是医疗设备使用管理维修的依据。医疗设备档案应集中统一管理，确保医疗设备档案的完整、系统和安全。对于大型及贵重精密的仪器设备，都应建立技术档案。贵重精密仪器设备的划分可采用价格与精密度相结合的办法。

每种大型设备的技术档案卡片有三份，一份“正本”由设备部门保管，存入档案袋内，保存这一设备的全部有关资料，包括购置过程中的文件、订货合同、验收记录、说明书、图纸、技术资料等；一份“维修副本”交专职维修人员，记录仪器的重要特征和校验结果，基本测定数据以及维修记录；另有一份“使用副本”交设备的使用保养人员，主要记录设备的使用情况、内部转移记录，以及交接时的检验记录。

3. 制度管理

制度是管理的依据，是生产效益的保证。只有不断完善和健全医疗设备管理的各项规章制度，才能实现设备科学管理的目的。

根据上级主管部门对设备管理的有关文件精神，对照医院上等级的具体要求，结合医院的实际情况，可制定设备管理的各项制度和规定。设备管理的规章制度应包括装备计划编制与审批制度，设备采购、验收及仓库管理制度，设备技术档案制度，设备性能及计量管理制度；设备使用操作规程，设备使用、维修、保养制度，大型设备专管共用制度，设备使用人员考核制度，设备领发、破损、报废、赔偿制度和设备管理人员岗位责任制度等。

4. 技术管理

医疗设备使用的技术管理是使医疗设备完好运行、发挥效能的保障，是提高设备完好率的有力保证。设备的技术管理贯穿于设备的前、中、后三期的管理之中，从前期的可行性论证和谈判，中期的使用操作、功能开发和维修，以及后期报损、报废的技术鉴定都离不开技术管理。设备使用阶段的技术管理主要包括技术验收、操作技术培训和维修等三个方面。

（1）技术验收

医疗设备直接用于临床医疗服务，时刻关系到病人的安危。对于医疗设备的技术验收需认真负责，一丝不苟。一般的技术验收包括数量验收与质量验收两个方面。

① 数量验收。原则上应有双方人员同时在场，主要是清点数量和检查外观有无破损情况，对于发现的问题应逐项记录。

② 质量验收。在认真阅读设备技术资料及使用说明书后，弄懂所有技术指标的含义、测试条件、测试仪器和测试方法，按规定要求安装、调试设备，逐个测量技术参数并记录在案。对照设备出厂技术指标及允许误差范围，分析评估设备的质量状况，做出验收鉴定结论。若达不到原定技术指标的医疗设备，可做质量索赔处理。

大型医疗设备往往由厂商派技术人员来医院实地开箱、安装、调试及测定技术参数。医院必须及时提供安装场地，满足设备运行的环境条件，医技人员共同参加安装、调试及技术参数测定，以设备达到技术标准作为验收认可的依据。

（2）技术培训

医疗设备的使用操作、维护保养及管理应定点由专人负责。实行中心化管理的通用性医疗设备，可根据各科室的工作需要，由科室指定的医技人员自行上机操作。然而，不论是专人操作，还是多人操作，所有能上机操作的医技人员，都必须严格遵守事先一定要经过上机操作培训和考核的规定，未经上机培训和考核合格者，一律不准操作。设备操作的技术培训应包括了解医疗设备的基本原理、结构及主要功能，使用操作的规程和方法，正常运行状态与非正常运行状态的鉴别和处理以及测试结果的正确分析等内容。考核合格者，可发给自行上机操作许可证。

（3）日常维护保养与修理

医疗设备的正确使用和坚持日常维护保养与修理，是延长设备自然寿命及提高设备完好率的关键。设备的日常维护保养与修理，都必须在设备维修记录本上做详细的记录，以备日后查考分析。

① 医疗设备的维护保养。设备的维护保养是指在日常运行过程中，必须经常（或定期）对影响设备功能和精度的某些不正常技术状态，如脏、松、漏、卡、堵的情况，进行擦洗、上油、疏通及调整等技术处理，使其恢复功能和精度。一般性的技术维护保养工作应列入操作规程，由使用操作者自行解决。

② 医疗设备的维修。医疗设备与其他仪器设备一样，使用中会出现各种各样的故障。故障修理有康复性修理和预防性维护两种形式。康复性修理，即故障发生后，才考虑到要排除故障。这是一种消极的事后被动式修理方式，它的特点是故障波及范围大，零件损坏多，修复时间长，花费也大。预防性维护，即在设备损坏之前，除使用操作者的日常维护保养以外，定期由工程技术人员对医疗设备进行不同程度的例行技术检查，及时更换即将损坏的零部件，调整和修复小的故障。预防性修理不仅可及时了解设备运行的技术状态，而且可以避免突然性的大故障发生，是一种科学的超前修理方式。

5. 使用率评价与管理

设备使用率是指设备使用的频次和效率，是评价医疗设备使用管理的一个主要指标。大型医疗设备购置的成本高，设备购置后的使用率极为重要，应提高设备的使用率，充分发挥设备使用价值，从而获得较好的经济效益。这是设备使用管理的一项重要任务，也是减少设

备资金占用比重，缩短设备回收期的关键性措施。

为提高设备使用率，可采取以下措施：

① 成立中心实验室或专科检查室（如功能检查室、内窥镜检查室、超声心动图检查室等），集中大型仪器设备为全院各科提供服务。

② 对大型贵重设备实行专管共用，即有专人管理，各科共同使用。

③ 规定设备的使用时间，以小时／年（或周）为计算单位，低于这个值的应予调出或责令改进。

④ 采用经济管理手段，把使用同经济效益挂起钩来。例如，实行固定资产有偿占用，提取医疗设备折旧费；也可用计算投资回收期的办法进行单独核算，还可以采取经济技术承包的办法，定额承包，超额计奖，以调动医务人员的积极性。

⑤ 定期进行使用率的调查研究与监测，及时发现问题并解决问题。这种调查与监测是掌握设备使用情况的一个有效措施，应当坚持。

19.4.2 医疗设备的折旧管理和更新改造

1. 设备的折旧管理

仪器设备的折旧取决于仪器设备的耗损程度，即要根据设备有形损耗与无形损耗的程度，正确计算折旧费的提取。

（1）影响折旧的因素

① 仪器设备的原始价值，即设备购入时的价值。

② 折旧的年限。目前医院还没有统一的折旧规定和折旧年限，各单位正在摸索试行。如有的医院以仪器设备原值的 10%～15%提取设备更新和维修费用，实质上类似于折旧费。

③ 仪器设备净残值。是指预计的仪器设备报废时可以收回的残余值扣除预计清理费用后的数额。

（2）设备折旧的计算

仪器设备的折旧计算，实质上是确定如何将仪器设备的原值分摊到医疗成本中去。目前常用的折旧方法有以下四种。

① 使用年限法。即按照设备的预计使用年限平均计算提取设备折旧率，其公式如下：

$$\text{设备年折旧率}=\frac{1-\text{预计净残值率}}{\text{折旧年限}}\times 100\%$$

$$\text{月折旧率}=\text{年折旧率}/12$$

$$\text{月折旧额}=\text{设备原值}\times\text{月折旧率}$$

$$\text{其中：预计净残值率}=\frac{\text{预计残值}-\text{预计清理费用}}{\text{设备原值}}\times 100\%$$

这种方法的优点是简单明了，计算容易，每年计提的折旧额相等，主要适用于有形损耗

大，且这种损耗又是逐年发生的仪器设备，如贵重仪器设备及机械类设备。

② 工作量法。工作量法是按设备从使用到报废全过程的总工作时效和总工作次数计算折旧的方法。

其计算公式为：

$$\frac{\text{仪器设备原值}\times(1-\text{预计净残值率})}{\text{预计工作总次数（或总工作小时数）}}\times 100\%$$

$$\text{月折旧额}=\text{每次（小时）折旧额}\times\text{当月工作次数（小时数）}$$

此法适用于折旧额与工作量的负荷成正比的仪器设备，如纤维内镜、救护车等。

③ 双倍余额递减法。它是以使用年限法计算的折旧率的 2 倍，乘以逐年递减的仪器设备账面净值来计算折旧的方法，其计算公式为：

$$\text{年折旧率}=\frac{2}{\text{预计使用年限}}\times 100\%$$

$$\text{月折旧率}=\text{年折旧率}/12$$

$$\text{月折旧额}=\text{仪器设备账面净值}\times\text{月折旧率}$$

双倍余额递减法的特点是各年折旧额从大到小呈递减趋势，主要用于无形损耗大的仪器设备，特别适用于高科技的电子医疗设备。

④ 年数总和法。将仪器设备的原值减去净残值的净额乘以一个逐年递减的年折旧率来计算每年的折旧额。年折旧率的计算是将设备尚可使用的年限，除以全部使用年数的逐年数字之和。例如，某项设备的使用年限为 5 年，则年数总和为 1+2+3+4+5=15，其各年的折旧率分别为 5／15、4／15、3／15、2／15 和 1／15。将此折旧率乘以该项设备应折旧的价值，即得各年的折旧额。

2. 设备的更新改造

设备的磨损有两类，一是有形磨损（也叫物质磨损），其中主要是使用磨损与自然磨损，有形磨损造成设备的物质劣化；二是无形磨损，一般在两种情况下产生：

① 仪器设备的技术结构、性能没有变化，但由于设备制造厂劳动生产率的提高，因而使新设备的再生产费用下降了，随着新设备的推广使用，使原有同种设备发生贬值；

② 由于新的具有更高诊治能力和经济效益的设备出现与推广，使原有设备的经济效能相对降低，同样使原有设备发生贬值。无形磨损造成设备的经济劣化。这时必须对原有设备进行改造或更新，如图 19-2 所示。

一般来讲，设备寿命分为三类，即物质寿命、经济寿命和技术寿命。

设备的物质寿命是由于物质磨损的原因决定的使用寿命，即设备从开始使用，由于物质磨损使设备老化、坏损，直到报废为止所经历的时间。一般说来，设备的物质寿命较长，延长设备物质寿命的措施是修理。

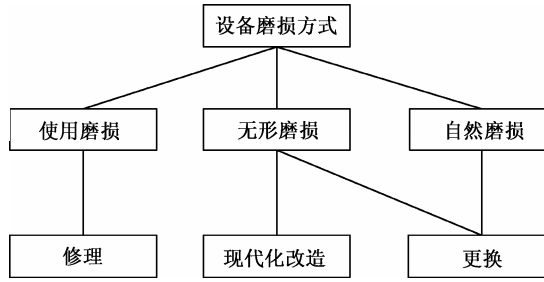


图19-2 设备磨损形式及其补偿方式的相互关系

设备的经济寿命是指设备的物质寿命后期，由于设备老化，借助高额的使用费用来维持设备的寿命。这种由设备的使用费用决定的设备的使用寿命，叫做经济寿命。超过了经济寿命而勉强继续使用，在经济上往往是不合理的。

由于科学技术的迅速发展，在设备使用过程中出现了技术上更先进、经济上更合理的新型设备，从而使现有设备在物质寿命尚未结束时被逐步淘汰。设备从开始使用直至因技术落后而被淘汰为止所经历的时间，叫做设备的技术寿命。

凡是遇到有形损耗和无形损耗造成设备运行困难或由于种种因素造成设备的寿命终结时，就应考虑对原有设备进行改造或更新。否则，将直接影响临床对患者的诊断与治疗，同时对医院的经济效益造成重大损失。

19.5 医院设备管理的效益评价

19.5.1 医疗设备技术状况的评价

设备维修和管理的成效表现在保持设备良好的技术状况和正常运行上，设备的技术状况用设备完好率来表示。通过现场实地调查，对设备完好状况逐一考核，在此基础上计算设备的完好率，同时对设备状况不良以及已损坏设备而不能及时修复的原因做具体分析，以便采取措施加以改善。

（1）设备技术状态的分级

根据设备的性能和使用情况，一般将设备技术状况分为四个等级：

① 完好。设备完好是指设备性能良好，运转使用正常，零部件齐全，无明显磨损变形和腐蚀，仪表指示系统正常。

② 基本完好。设备基本完好指设备主要性能保持良好，运转基本正常，出现故障较少，主要零部件齐全，虽有一定磨损、腐蚀，但均较轻微不影响使用，仪表指示系统基本正常。

③ 状态不良。设备状态不良是指设备主要性能不良，经常出现故障，主要零部件受损明显，影响正常使用，仪表指示系统有一定程度的失调，需要停机修理或待修。

④ 报废。设备报废是指设备已丧失主要性能，不能正常运转或使用受到严重影响，经常出现较大故障，主要零件不全，仪表指示系统失调。上述情况出现其一而又难以修复者，也就是设备寿命终结，无法运转时，经有关专家认定，即可报废。

（2）设备完好率的调查分析

医院设备的完好率可用下面公式计算：

$$\text{设备完好率}=\frac{\text{完好数}+\text{基本完好数}}{\text{总件数}}\times 100\%$$

设备完好率的调查应该定期进行，每年至少 1～2 次，根据完好率的调查分析，掌握医院设备的技术状况，反映设备维修管理的效果和存在问题，从而有针对性地采取措施，努力提高设备的完好率。应根据调查情况如实记录，对设备状态不良要做具体分析。

19.5.2　医疗设备的成本效益分析

医疗设备成本效益分析实质是经济投入和经济效益的比较，是医疗设备经济管理工作的重要依据之一，应由使用部门来完成。医院设备管理部门应宏观控制，制定适宜的政策，采取相应的措施，如成本核算等，由使用部门承担一定的装备成本并做好成本效益分析，提高效率，降低成本。

随着社会主义市场经济体制的不断完善，医疗服务的价格逐步改变了以往价格严重背离成本的扭曲局面，走上了按成本收费的轨道。近年来国家对卫生事业的收费标准做了一些调整，但仍然存在着收费标准与成本偏离甚大的现象。因此，对于医院管理者来说，开展成本核算和效益分析的研究工作是非常重要的。本节主要从医疗设备的成本出发，对医疗设备进行评价。

1．成本的分类及结构

（1）固定成本

固定资产的折旧，是指那些不因诊疗例数变化而变化的磨损和消耗，如设备折旧、房屋折旧及其他固定资产折旧。但是，单位固定成本则随着诊疗例数的增加而减小。

（2）变动成本

变动成本即随着诊疗例数变化而变化的消耗和支出，如材料费、劳务费、水电费、维修费和管理费，还包括某些按工作量法折旧的设备折旧费。但是，单位变动成本则是固定不变的，不随诊疗例数的变化而变化。

（3）直接成本

直接成本即指提供诊疗时直接消耗的部分，是设备直接占用或消耗的成本，如设备（包括主机、辅助设备、共用设备等）折旧、设备主机用房和辅助用房的房屋折旧、其他固定资产折旧、医用材料费、医务人员的劳务费、水电费、设备维修费等。

（4）间接成本

间接成本即指行政、后勤管理部门的固定资产折旧和消耗，也就是间接为病人服务的消耗，如设备、房屋的折旧、劳务费、维持医院运行的费用等。

（5）设备总成本的结构

设备总成本＝固定成本＋变动成本＝直接成本＋间接成本

2．成本构成的分析

（1）固定成本与变动成本

通过对某些设备固定成本和变动成本比例关系的分析发现，可以把设备划分为两种类型，一类是以材料消耗为主（变动成本比例较高）的设备，其固定成本、主机折旧占总成本的比重较低；另一类是以磨损为主（固定成本比例较高）的设备，其主机的折旧占总成本的首位。为了降低成本，对前一类设备必须在增加检查例数和节约材料消耗上进行控制。对后一类设备必须加强维护、保养，在延长使用年限上努力。

（2）直接成本与间接成本

价值越高的设备其直接成本占总成本的比重越大，而且直接成本对总成本具有决定性的影响，材料消耗则是影响直接成本的第二个因素。间接成本中的管理费用是影响间接成本的主要因素。为了降低成本，对于直接成本高的大型设备，要加强管理和提高设备利用率及控制材料消耗；控制间接成本的主要目标是降低管理费用，这些管理费用的主要内容是行政管理、后勤人员的工资、全院离退休人员的费用和维持医院运转的公务费等。

（3）标准成本

标准成本是在现有技术条件下，通过企业有效经营应该达到的平均社会成本，它考虑了正常的损耗和不可避免的损失。标准成本管理是根据事先确定的标准成本，分析实际成本与标准成本之间的差异，其目的是通过对实际成本偏离标准成本的差异进行深入细致的分析，找出发生差异的原因，明确经济责任，为管理决策提供资料，从而实现对成本的有效控制。

在分析仪器设备的实际成本与标准成本的差异时发现，这个差异实质上转换了实际工作量与标准工作量之间的差异，造成固定成本分摊时的差异，所以管理工作要抓住工作量这个要点，即提高设备利用率。

19.5.3　提高医院设备经济效益的方法探索

（1）大型、通用医疗设备的中心化管理制

医疗设备结构精密、价格昂贵、技术管理复杂，不可能分散布局，特别是大型、通用的医疗设备，只有实行中心化管理制，集中装备，统一管理，实行对外开放性服务，才能产生较大的效益。

（2）专用特需设备的专管共用制

医院科研、教学仪器设备，来自专款专用的拨款渠道，仅为其任务而服务，往往利用率

不高，经济效益不大，完好率也难以保障。为了提高其效益，在保证科研、教学特定任务的前提下，大力提倡开放服务的专管共用制。

（3）特种医疗设备实行有偿占用制

对于一些医疗上迫切需要，使用率较高，肯定有较大经济效益的特种医疗设备，在购置前就应明确是属于医院直属管理的设备。使用科室应与医院签订有偿占用的协议，把设备使用的额定机时、折旧年限和折旧费、收费标准、成本核算、两个效益及奖罚措施等以量化的形式规定下来。充分调动医技人员积极性，挖掘设备使用的潜力，更好地为医疗服务，产生较大的效益。

（4）高效医疗设备可探索社会化租赁合同制

少数能高效率连续使用的医疗设备，只要医院的医疗特色享有一定的声誉和有足够的诊疗人数，由厂商提供最新医疗设备，以中外合作的形式或签订租赁合同的方法，定期从该设备的服务收益中提取一定比例的分成，作为补偿或租赁的费用。使用一定年限后，设备归属医院所有。这类办法对医院风险较小，不需事先投入就能产生一定效益。

精品案例

40 年前的 X 射线机仍在发达国家使用，这样“长寿”的医疗仪器在无锡却难觅踪影，目前无锡各家医院为吸引患者，更新设备已成风气。在上海举办的医疗器械高级论坛会上，一些业内人士呼吁，医院更新设备要慢行。目前，全美不少医院仍在使用 40 年前的 X 射线机，数量达到近 4000 台，这些 X 射线机尽管陈旧，但通过定期设备维护，诊断结果并未受影响。随着无锡各家医院病源争夺战的升温，不管是三级医院还是一级医院，都纷纷把目光盯在了改善医疗设备，力求以新设备来吸引患者。大到 CT、磁共振，小到 X 射线机，都是采用国内甚至是国际先进的设备，花费不菲。从市卫生局获悉，市属医院购买大型医疗器械都要进行审批，其目的就是避免造成资源浪费。一家医院的器械科负责人告诉记者，医疗器械只要定期维护，管理得当，在不影响诊断质量的前提下可以用上好多年。但不少医院都流行设备更新，一些仪器用上 10 年已经算不错了。其实，对于患者来说，更新仪器的这部分费用全来自患者，使用新仪器势必会带来看病贵问题。以传统的 X 射线机为例，早些年如肺炎患者在检查时，只要花 5 元透视即可，现在不少医院几乎没有普通 X 射线机。要确诊肺炎需要使用数码 X 射线机，费用高达 80 元。很多患者抱怨医生为何要用高级仪器来诊断病情，一部分原因就是院方要在规定时间将成本收回。

（资料来源：http：//www.sina.com.cn/2005 年 12 月 20 日转载（江南晚报））

本章参考文献

1．陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003

2．丁涵章，马骏，陈洁．现代医院管理全书[M]．杭州：杭州出版社，1999

3．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000
4．郭子恒．医院管理学（第 3 版）[M]．北京：人民卫生出版社，1990
5．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999
6．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
7．申俊龙，汤少梁．新编医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
8．史自强，马永祥，胡浩波等．医院管理学．上海：上海远东出版社，1995
9．曹荣桂．医院管理学——医学装备管理分册．北京：科学出版社，2003
10．聂素滨．医院管理学[M]．吉林：吉林大学出版杜，2006
11．田兆树．医院后勤设备管理[J]．现代医院，2008，8（8）：138～139
12．汤黎明，刘玉亭，张建昌．浅谈医院设备管理工作的意义[J]．2001，8（14）：374
13．尹军．对医院大型医疗设备管理的思考[J]．重庆医学，2008，10（20）：2368
14．柴振明．浅谈医院设备科建设与管理[J]．中国医院建筑与装备，2007（11）：23～25
15．吴荣，王文峰，林红生．现代医院设备的管理[J]．中国医学装备，2008（9）：38

第 20 章　医院后勤管理

20.1　医院后勤管理概述

医院后勤管理，是现代化医院管理的重要组成部分。医院的核心工作是提供医疗服务，围绕这个核心有许多支持系统，医院后勤管理就是其中一个重要的支持系统，是对涉及后勤的财务、建筑、物资、设备、环境、生活以及人力资源等工作进行计划、组织、领导和控制，以保证医院任务顺利完成的一个过程。在医疗、教学、科研、医院行政工作和服务工作之间，后勤管理工作起着重要的桥梁作用。医院后勤保障是医院医疗、预防、教学和科研等各方面工作得以顺利进行的基本条件，也是构成医院基础质量的基本要素之一。现在的医院管理对医院后勤工作的要求明显提高，后勤管理在医院全面管理方面的比重明显增大，经营性增强。要实现医院持续、健康、和谐发展，就必须重视对医院后勤工作的研究。医院建设的快速发展和医院后勤体制改革的深化，对医院后勤管理的科学性、服务性、保障性等提出了新的要求。

20.1.1　医院后勤管理的范围、观念和原则

1．医院后勤管理主要内容

医院在提供医疗服务过程中，需要后勤工作的多层面的支持和配合；患者在医疗过程中的满意程度也有赖于后勤多方面的支持。医院后勤工作基本上都与“物”打交道，具有很强的经营性质。现代医院要求后勤树立以病人为中心的管理理念，坚持服务需求为导向的机制是优质高效地做好服务保障工作的第一要素。

医院后勤管理工作一般认为由两部分组成。一部分是医院的财务管理体系，许多医院把它归类为医院行政管理，即医院行政机关的相关科室。另一部分则是通常意义上的后勤管理体系，包括基建房产管理、器材设备管理、动力能源管理、总务管理等。

2．医院后勤管理的基本观念

（1）整体观念

后勤是医院系统中的重要组成部分，是以医院这个系统为存在的前提。医院后勤管理的计划、组织与调控必须紧紧服从和服务于医院目标和任务的要求，不能自行其事；必须与医院其他分支系统分工合作，相辅相成，以体现出整体的效益。因此，每项后勤保障工作，每

种后勤工作岗位，都必须树立医院一盘棋的思想，并以为医院整体工作和发展作出的贡献作为衡量业绩的标准。

（2）服务观念

后勤工作的性质决定了它必须树立优质服务的理念。只有真正树立这一理念，才能保证不断提高服务质量，充分发挥后勤工作的作用。这就要求后勤管理工作必须加强思想政治教育，强调以人为本，建立健全各项服务公约，防止和克服见物不见人的思想。

（3）法纪观念

医院后勤管理不仅要经常与“财”、“物”打交道，还与社会有着广泛的联系，要与生产、物资供应等单位发生经济关系，在这些活动中，必然涉及有关的法律、政策与纪律，加强法纪观念便显得尤为重要。特别是对于管理工作者而言，更是要求克己奉公，廉洁自律，不能有任何假公济私，甚至贪污的行为。

（4）效益观念

医院后勤保障不仅要有大量的投入，而且部门多、岗位多，稍不注意就易发浪费的问题。因此，必须强调节约开支，反对浪费，提高“物”、“财”资源的使用效益。在管理中，必须建立健全规章制度，用效益作为判断后勤工作成效的标准。不仅讲产出，还要讲投入，加强成本核算，做好各种经济预测工作，特别是重要设备、基本建设的论证工作，保证把有限的“财”用在关键的工作上。

（5）社会化观念

由于长期受计划经济的影响，形成了“医院办社会”的后勤管理模式。这一管理模式不仅占用医院各级领导的很大精力，而且使整个后勤保障的效益难以提高，带来不少资源的浪费，严重束缚医院的发展。因此，必须突破“医院办社会”的模式，尽量将可交由社会办的后勤服务工作实行社会化。

3．医院后勤管理的原则

遵循一定的原则是维持后勤管理工作有序、有效、安全和正常运作的有效方法，运用原则进行管理是高层管理的一种艺术和技巧。

对于第一个组成部分——医院的财务管理体系，一般遵循效益原则。效益原则实际上是一切经济活动的一个基本原则。目前，我国大多数医院仍是“政府实行一定福利政策的社会公益事业单位”，《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》规定“非营利性医疗机构在医疗服务体系中占主导地位，是为社会公众利益服务而设立和运营的医疗机构，不以营利为目的”。由于长期的政策导向和对医院经济运作的认知差异，后勤管理在效益问题上重视不足，或者过分强调“社会效益”而忽视“经济效益”。长期以来的医院建设清楚地揭示了医疗工作的正常运转必须有雄厚的经济做基础，后勤服务是服务性生产劳动过程，具有经营服务的属性，所以也要遵循经济规律，要考虑“投入—产出”的关系，在利用资源时强调有效性。现代的后勤管理要求后勤管理者必须具有经济头脑和竞争意识，善于运用经济规律，开发经

营项目，科学管理队伍，合理利用资源和依法融资为医院的发展建设助力。

对于第二个组成部分——后勤管理体系，则在遵循效益原则的基础上还要注重另一个原则，即依从原则。后勤管理作为整体医院运作的子支持系统，必须围绕医院中心工作，根据医院的发展方向，制定自己的发展目标和工作规划，遵从依从性原则处理好子系统和母系统的关系，做好配套和支持工作。

除了以上提到的原则以外，在医院的后勤管理中还要注重勤俭节约的原则。医院管理者应经常教育职工，发扬勤俭办事的优良传统，树立开源节流、增收节支、堵塞漏洞、杜绝浪费的工作作风，尽可能减轻国家、集体和病员的经济负担。

20.1.2　医院后勤管理的特点

（1）保障性

后勤工作涉及面广，千丝万缕，服务于医疗、教学、科研、行政、职工生活福利等。可以说，医院任何一项工作业务的开展和进行都离不开后勤工作的支持和保障，可谓牵连甚广、影响很大的部门体系。

（2）服务性

服务性是后勤工作的本质所决定的，后勤管理提供的就是一种服务，针对医院的工作，对医院的能源供应、物资供给、环境美化、设备维护、房屋修缮、交通通信、生活服务等工作进行计划、组织、领导和控制，以保障医院工作的顺利完成。

（3）计划性

医院基本建设和基础设施的规划投入、医疗设备器材采购、动力能源供应、日常维修运行等工作，需要后勤管理按医院的发展要求和工作重点提出近期和中远期规划、计划和安排。计划的科学性、合理性、准确性也将直接影响医院的资金运作、工作重点转移等。计划的落实和调整还涉及医院各个方面工作的正常进行。

（4）社会性

随着市场经济的深化和医疗卫生改革，后勤工作将由“医院办社会”变成“社会办医院”，走向后勤社会化的道路。后勤管理开始重视“人”的社会属性。

（5）先行性

医院后勤工作在直接面对医疗服务提供工作支持的时候，必须在人力、物力、财力上做到未雨绸缪、充分准备，做到“兵马未到，粮草先行”，保障医疗服务的稳定。

（6）不间断性

医疗工作的连续性决定了后勤工作的不间断性。医疗工作的应急性和不确定性要求后勤服务必须确保连续不断，或者在出现间断时能够及时修复，以保障病人的健康和生命安全。

（7）应急性

医院后勤工作也必须具备非常情况下的应急能力，随时应对医院中各个方面的突发事

件，并保证在任何情况下的服务工作、支持工作、保障工作的安全性和可靠性。

（8）安全性

经济的发展和人类素质的提高，安全问题日益受重视。一是工作者的人身安全，二是提供安全的后勤服务。对于存在潜在安全隐患的环节应加强管理，明确职责，严格落实。

（9）技术性

现代医院后勤管理已跳出了传统的“打杂”概念，随着科学技术的进步和医院的现代化，后勤管理的手段不断提高，高科技含量的工具逐步引进促使后勤管理必须重视培训和提高工作人员的技能、知识和素质，以适应时代的要求。

总之，随着我国卫生市场的发展，我国医疗卫生行业结构也在发生重大的变化。由计划经济时期单一的公立医院发展到市场经济条件下的公立医院、个体医院、民营医院并存。国有综合性医院在市场经济体制下受到巨大的市场冲击，后勤管理工作随之也面临着新的机遇和挑战。只有使后勤管理在新形式下具有科学性、合理性，使后勤服务体系不断完善，且更具人性化，更有竞争力，才能在做好服务工作获取社会效益的同时，使医院获得合理的市场经济效益，为促进医院自身的不断发展提供物质资源。

20.1.3 医院后勤管理的目标和任务

医院后勤管理的目标，在于提高医院的社会效益和经济效益。后勤管理是为了实现后勤的服务目标，从而进行的有计划、有组织的全面调控和局部调配工作。这样的管理是运用科学的管理方法和管理手段，把服务工作中所需的人、财、物有机地组合利用起来，发挥资源的高效率，有目标地指挥协调工作，实现组织目标。

医院后勤必须为医院正常运转提供物质基础保障，努力为患者和工作人员创造优美的医疗和工作环境，不断扩大和改善职工的福利，此外，在新形势下，医院后勤必须努力做到管理优化，争取以最小投入发挥最大的经济效益。

具体来讲，医院后勤管理的基本任务主要包括：

① 负责全院的能源、动力管理。负责医院的水、电、气、冷暖、交通、通信等能源的提供，并对其应用设备进行全面、安全、正常运转的有效管理。

② 负责全院的资产管理。负责医院计划实施的基建项目，固定资产（包括医疗设备、配电、锅炉、通信、交通等），病员就诊，住院的基本设施的采购、保养和维修，一般物资和低值易耗品的采购、管理、供应、维修。

③ 负责全院的安全与行政管理。负责依法维持医院内部各种活动的有序进行，负责人防、消防设施的运行和管理。对影响正常医疗秩序、损害他人和公共利益的违法行为进行及时有效的控制和处理。

④ 负责全院的环境、生活服务管理。负责医院绿化、卫生、三废处理、餐饮、洗涤、卫浴条件、物业管理、护工等服务和管理工作。

⑤ 负责对后勤人才资源与人力资源的合理开发和利用。负责医院后勤专业人才的培养工作，提高后勤人员的综合素质和专业技术能力。不断优化医院后勤的组织结构，降低人才资源的成本消耗。做好医院后勤职工的政治思想工作，用合理的规章制度调动后勤职工的工作积极性。

20.1.4　医院后勤管理的体制与组织机构

1. 医院后勤管理的体制

组织是管理基本职能之一，组织职能是有效管理的重要环节和必要手段，是计划及其目标得以实现的保障。管理体制是保证组织职能有效作用的理论体系，建立一个科学有效的后勤管理体制有利于后勤管理活动整体过程的连贯一致推行，保证后勤工作的顺利进行和组织目标的完满实现。

目前，我国后勤管理体制存在思想观念落后、关系松散、部门之间缺乏整体性和系统性、服务低效、主动竞争意识不强等弊端。将后勤管理职能与后勤服务职能分离，加强人力资源规划，管理专业化，服务技能化，根据各自工作特点和职能要求构筑新的管理体制成为今后改革的方向。

医院后勤管理工作的内容，从广义上应包含财务管理、总务管理、生活服务管理、基建房产管理、物资设备管理和环境管理；而狭义的后勤管理工作只是指总务管理，具体包括：水、电、气供应，环境卫生美化和污水污物处理，被服装具、家具等物资供应，膳食供应，车辆调度，通信和门卫管理。

2. 医院后勤组织机构的设置原则

（1）服务临床原则

医院后勤组织机构应遵循以病人为中心，做好临床保障工作。

（2）专业分工原则

尽可能明确每个人的工作任务和相应的权力责任，并通过规章制度使之成为正式的职守，以降低人际消耗，提高工作效率。

（3）目标一致原则

组织架构的设置应能使组织关系清楚确立和组织活动顺利开展，有助于统一目标的实现。组织架构里的各个组成部分及其每个成员各司其职，但又分工合作，绝不可各行其是，应该受组织统一目标的约束。

（4）精干效能原则

即以较少的精干机构、人员和财物投入完成预定的工作。但不是越少越好，而是应强调适度。

（5）分工协作原则

后勤服务要求更趋专业化，促使后勤服务分工细化。分工是为了提高效能，协作也是为

了提高效能。要做到有效地实现组织目标，必须做好分工合作。只重分工，而轻协作，必然会导致工作衔接出现问题。只有保证组织各方协调、配套，才能使组织的应变能力和办事效率提高。

（6）有效综合原则

在专业分工的基础上，还要有针对性地进行有效的综合。医院后勤工作中，常有突然出现的问题和工作需要协调解决，单纯按专业分工也会导致工作衔接上的一些问题。因此，有必要在明确总目标任务的基础上，进行有效的综合，为实现医院总目标共同努力。

3. 医院后勤的组织机构

在选择和设置组织架构之前，应该做好组织的部门化。所谓部门化就是将整个组织划分为若干个管理单位，它是组织架构设置的首要环节或基本途径，部门化的类型有职能部门化、产品部门化、人数部门化、顾客部门化、区域部门化等。在组织架构形式的选择上，可参考下面几种基本形式。

（1）直线制

特点是领导（管理）者集指挥和管理于一身，一个下属只对一个上级负责，适用于现场作业管理或小型组织。

（2）职能制

将组织的某些职能管理分离出来，设立相应的职能机构分管，这些职能部门在本职能范围内有权直接指挥下级单位。职能制有利于专业管理，缺点是多头领导，使指挥不能向纵深发展，医院等事业单位多采用此形式。

（3）直线—职能制

综合上述两种组织架构的优缺点，设置两套系统，一套是指挥系统，另一套是职能系统。职能系统的管理人员是直线指挥人员的参谋，对下级机构进行业务指导，而不能直接指挥和命令。我国企业多用这种结构形式。

（4）矩阵制

由纵向的职能系统和横向的项目系统（根据工作任务、性质分工组成）构成，做到条块结合。

目前我国不同地区、不同医院的后勤组织机构设置各有不同，但承担后勤任务、保障临床服务的职能是相同的，各级医院可不违背机构设置、调整的相关原则和规定，结合各自的实际情况，设立适合自身医院的后勤组织机构，做好后勤保障工作。

现行的医院后勤组织结构主要采取以下两种形式。

① 统一组织结构。直线型领导制，在总务科领导下，直接设立各相关班组，如图 20-1 所示。该组织结构适用于较小规模的医院。

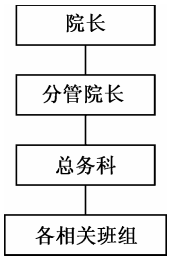


图20-l　直线型领导制

② 分列组织结构。直线职能型领导制，在分管院长领导下，按分工、职级设置各相关处室，对总务处设立各相关科室、班组，如图 20-2 所示。本组织结构适用于大型综合医院。

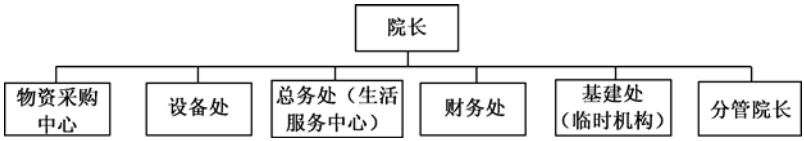


图20-2　直线职能型领导制

20.1.5　医院后勤管理的人员编制

现代化的医院要求有高标准的专业管理，首先要重视医院管理人才的培养。人的素质决定起点的高度。以往后勤就是医院的大杂院，其他岗位胜任不了的人员或者一些某种原因的人安排不了其他科室，都塞到后勤部门，造成后勤科室落后、臃肿，转变成医院的包袱。要转变观念首先要转变后勤管理者自己和医院管理者的观念，重视医药后勤管理的人员编制。

（1）人员编制的原则

① 动态管理原则。医院后勤人员的编制，应当是动态的，根据科技、经济和社会发展，后勤的编制也在不断变化，应根据医院发展的需要做好动态管理。

② 精简高效原则。着眼点是提高医院后勤组织机构的效率。

③ 结构合理原则。注意整体优化组合，充分发挥每个医院后勤员工的优势，提高群体效益。

（2）服务人员管理

后勤服务人员是服务保障体系中的个体，而良好素质的个体是组成医院服务保障体系的基础。因此，医院后勤服务保障管理必须重视加强对服务人员的管理。服务人员的服务意识和服务技能在后勤服务保障管理中是至关重要的“软件”。但实际医院后勤服务人员的思想品格、专业技能等素质差异很大。为保证医院后勤服务的质量，医院后勤服务人员必须建立以患者为中心、以医疗为根本的服务意识，努力提高专业文化知识。

提高后勤服务技能，对于人员个体的服务技能和知识应采取分类管理的办法。对于有知

识、专业能力强的人员，深入强化更新知识，培养成为高层次技术人才。对于有基础、有一定技术能力的人员，抓紧强化业务能力，培养成为普通技术人员。业务能力差、不学无术的人员调整出来，加强服务态度和劳动纪律的教育，作为一般劳动人员使用。在加强专业知识学习的同时，注意服务经验的传授。

另外引进或聘请专业技术人才，加强和充实高新专业技术的服务保障，提升整体技术档次。提高后勤服务机构员工的服务技能，同时可对员工进行不定期的考核。考核指标要量化，内容要细化。对客观问题按专业规程规范定量考核，主观问题定性考核。考核成绩作为职称评定、晋级的参考。

优化服务保障体系的管理，还应抓好用工管理。聘用合同制人员是医院后勤服务保障体系的发展趋势。吸纳和招聘社会技术和管理人才，引进竞争机制，改变高工资低素质人员结构。强化管理制度，引进竞争机制，抓好用人管理，能激发后勤服务保障体系活力，适应医疗市场发展需求。

（3）后勤人员的编制

各级医院可根据人事制度改革的需要，编制符合各自医院的后勤人员编制标准。表 20-1 给出的是医院后勤人员编制的一个参考标准。

表 20-1　后勤部门各类人员编制参考表

项目	工　种	编制依据	编制说明
动力维修	驾驶员	与车辆之比 1:1	包括管理员、维修工和车辆Ⅰ、Ⅱ级保养
	电梯工	与电梯台数比 1:1	三班制电梯按班次编制
	锅炉工	由锅炉台数、吨位决定	
	电话接线员	与电话总机门数之比	总机 50 门以上每班次 1 人，100 门以上 2 人
	高压配电房	配电房电压	1500kW 以上或进户 35kW 以上每班次 1 人
	集中式供氧室		每台班 1～2 人
	集中式空调房	空调房 4186.8 万 J/h	83 736 万 J/h 以上每班次 1～2 人
	技工人员	与床位比 1:（50～75）/床，与建筑面积比 1:（1800～2200）m^2	特殊工种必须持证上岗 制冷设备满 80～100 台，应配备专职制冷工 1 名
供应	库房管理员	与床位比 1:（75～100）/床	包括采购、财务、库品管理
	洗衣房工人（含被服、缝纫）	与床位比 1:（25～40）/床	无浆烫减少 25%～35% 无妇产科减少 10%～20%
生活卫生	职工食堂	与职工人数比与 1:（40～50）/人	包括采购、财务、库品管理
	环卫工人	与环卫面积之比 1:（40～50）/人	
	绿化工	与绿化面积比 1:（4～6）/亩	苗圃 1～2 亩配 1 人，草木花 2 万～3 万盆配 1 人
	污水处理工		1～2 人

20.2　医院后勤管理的主要内容

20.2.1　医院水电供热

1. 医院供水管理

医院供水包括冷水、热水、蒸馏水、饮用水的供给。供水设备包括供水动力设备和储水设备。其中供水动力设备包括电动机、水泵等，储水设备包括储水动力设备、供水管道及辅助设施等。

医院的供水管理包括水源、供水和供水设备的管理。水源包括自来水、地面水、地下水等。医院供水方式有三种：自来水供水系统、自建供水系统、混合供水系统。医院供水管理首先要管好水源，谨防污染。采用自建供水系统或混合供水系统的医院必须首先选择良好的水源，进行净化处理。净化处理的方法通常是采用沉淀过滤法及加氯消毒。冷、热水和饮用水的供应，根据医院的条件和实际用水情况，分别采取昼夜供应、定时供应、定量供应等办法。

一般对医院供水设备的管理有如下具体要求：

① 专人负责。供水设备应由经过专业培训人员负责管理，做好计划用水工作，并完整地建立设备技术档案资料。

② 定期检查。水质化学检验要求每季度一次，细菌检查要求每周一次。用漂白粉消毒的，要做好含氯量测定，并有记录台账。

③ 确保重点。重点管好供水动力设备和供水管网，管理人员应熟悉管网的铺设情况，建立巡回检修制度，及时处理水管溢漏，经常检查供水设施的完好状况，以保证医院用水的正常供应。入冬前对室外水管采取防冻保暖措施。

2. 医院供电管理

医院供电设备是维持各类设备正常运转的原动力，主要由变配电设备、照明用电设备及动力用电设备组成。

（1）照明用电设备的管理

医院照明用电应根据房间大小和照明亮度需要安装相应的设备，重点保证手术室、ICU、急诊室、诊断室、治疗室、实验室和各类设备的用电。

（2）动力用电设备的管理

医院动力用电量一般占整个医院用电量的 2/3 左右，主要耗用于锅炉房、放射和超声诊断设备、制冷设备、电梯、水泵房、洗衣房以及其他电动设备。

（3）医院动力用电的管理要求

① 要做好大容量用电设备及部门的计划用电工作，对锅炉房和制冷设备等应根据不同

季节的温度，合理调整开机次数和容量。

② 及时采用先进的节电设备，制定节电管理办法，切实做好节约用电工作。

③ 严格执行各种用电设备的操作规程，做到安全用电，以防操作不当造成设备损坏。

④ 配备专职或兼职的动力用电设备管理技术人员，专门负责设备的维修和保养，负责建立健全全院动力用电设备的技术档案。

3. 医院配电管理

（1）配电房的设备管理

变配电设备一般由变压器、高低压配电柜、高低压输送电线路等组成。医院属于一级负荷用电单位，必须设有备用电源，以保证医院重点部门的用电需要。医院应设置专门的变配电房安装变配电设备，并安排懂电工技术的电工值班，负责供电情况的记载、电路的检修、设备的维修和保养。

（2）配电房的安全管理制度

① 值班人员严格执行交接班制度和电工证制度，认真填写运行日志，确保运行安全。

② 配电房实行 24 小时值班制度，值班人员必须持证上岗，每班不少于 2 人。

③ 值班人员认真监护电压、负荷的变化情况，特别对各类保护装置要经常巡视。发现异常或故障应立即采取紧急处理措施。

④ 室内严禁放置易燃物品，不得随意挪动消防器材。

⑤ 保持室内整洁卫生和设备的清洁。

⑥ 值班期间具有高度责任心，严禁擅离职守，不准会客，不准吸烟，不准酗酒。

4. 医院供热管理

医院供热分为采暖、消毒、洗衣（干燥）、温水、开水、蒸馏水供热等。其供热设施分为局部和集中式两大类。供热一般是由锅炉产热后通过供热管道将蒸汽运送到使用部门的散热器、消毒锅、洗衣和干燥机、干燥室散热管、温水箱、开水箱、食堂气锅等。

医院供热设备的管理要求如下：

① 锅炉在运行中要保持连续进水，保持水温和正常水位，并保障使用合格水质。

② 选用合适的燃料。

③ 建立严格的操作规程和检修制度，坚持三级保养，实行强制性修理。

④ 使用经过专门培训并取得合格证的司炉工。

⑤ 建立健全各项规章制度，如岗位责任制、交接班制、安全运行制、设备定期保养维修制、经济核算制、水质检验管理制度以及生火、升压、并炉、停炉、事故处理规程等，并严格执行。

⑥ 定期保养输送管道与散热器的保温层，以消除各种跑、冒、滴、漏等情况，防止热能的损失。

⑦ 定期组织人员清除管道弯头中的杂物，以免减少热能供应量。

20.2.2　医院制冷、空调、净化管理

1．医院制冷、空调、净化管理注意事项

随着医院的不断发展，医院条件也不断得到改善，制冷设备、中央空调、净化设备在各级医院中已普遍配备使用，大大改善了病人的住院条件，同时也为医院管理，特别是医院后勤管理提出了新的要求，为了保证设备的正常安全运行，必须注意以下几方面工作：

① 必须按照安装设计书和制造厂的使用文件要求管好设备，有的设备在安装前要派专人到厂家学习有关专业知识和操作、维修、保养技术。

② 要有专人负责管理制冷设备，对集中式空调在使用时要有专人值班、操作和维护；对单独式空调应定期派人清洗；对物品冷藏设备要定期除霜和清洗。

③ 医院手术室要安装超净化空调系统，要求流入的空气无菌，同时要保持 23～30℃的室温，50%～60%的相对湿度。

④ 制冷装备要按照各类型制冷机的不同构造、不同性能的规定停机，冷风机使用时要经常检查，停机后要做好保养和维修工作。

2．制冷机房的工作制度

① 工作人员进入机房开机前应做好检查准备工作，开机应随时注意仪表变化和水泵的运转情况是否正常，发现问题及时处理和汇报。

② 对制冷、冷风设备要坚持 3 个月小修、1 年中修、3 年大修的保养制度。

③ 机房、机器要保持清洁，谢绝非工作人员入内。

④ 严守规程，安全操作，防止意外事故发生。

⑤ 认真填写运行记录，发现问题及时处理。

⑥ 认真执行交接班制度，坚守工作岗位，工作时间不得脱岗，不得接待客人，不得进行任何其他活动。

3．空调机房人员的岗位职责

① 在空调维修班（中央空调班）班长的领导下，负责全院采暖、制冷、生活用水、蒸馏水等正常供应。

② 熟悉机房内各管道的走向和位置，以及系统中各类阀门的用途，能及时准确地处理紧急情况，对系统内的水、气、堵要及时排放。

③ 认真执行 24 小时值班制，必须坚守岗位，认真填写运行记录，值班过程中主动巡视，检查设备运行情况。

④ 认真执行交接班制度，并做好相关记录。工作时间不得脱岗，不得接待客人，不得进行与工作无关的任何活动。

⑤ 定期对机房设备进行保养，特别是两季的维护工作，确保夏季的制冷、冬季的采暖

工作正常有序。

20.2.3 医院被服管理

医院被服管理是医院后勤物资管理的重要组成部分，是保障医院完成医疗护理的基础条件。医院被服可分为医务人员、病人服装、床单元、敷料、布制品和劳保用品。医院的被服应有专门部门进行管理，并且必须实行统一化、标准化、系列化、规范化管理。

1. 医院被服配备标准

按照我国卫生部的要求，各级医院的被服配备应符合以下标准：

① 三级医院标准：每个床单元配备床垫 1.5 条、被褥 2.5 条、床单 3 条、枕头 2 个、枕套 4 个、病员服 2 套。

② 二级医院标准：每个床单元配备床垫 1.5 条、被褥 2 条、床单 2 条、枕头 2 个、枕套 3 个、病员服 2 套。

③ 各医院应预备一定数量的基数，以备应急使用。

2. 医院被服管理制度

（1）补入制度

医用被服在使用中有正常的损耗，医院物资管理部门将依据实际工作情况进行补充。

（2）报废制度

医用被服在正常使用过程中，会出现磨损、消耗，被服管理员应做到及时报残，补足更新，以保证病员的需要。

（3）发放制度

医院被服管理员每天定时到各病区和科室回收脏的医用被服，发放干净的医用被服，并做好交接的数量账。

（4）洗涤制度

医院被服洗涤经过收取被服、清点数量、消毒浸泡、洗涤、烘干、整烫、折叠打包过程。医院被服必须分类洗涤，将医务人员使用的和病员使用的分开洗涤。要严格执行院内感染管理的有关规定。目前，医院被服洗涤大多数医院已交社会上专业洗涤公司进行，医院总务处（科）应当加强监督管理。少数医院仍然自行洗涤，必须符合医用被服的洗涤要求。

（5）医院如自有洗衣房，则洗衣房应执行如下安全管理制度。

① 室内禁止吸烟。

② 严格洗衣机的操作规程，用毕切断电源。

③ 各种设备应有专人负责，并经常检查运行情况，以防发生事故。

④ 电熨斗的安全使用要求：在通电使用时，操作人员不得随意离开现场；隔热垫板或基座周围不得放置可燃物，搁放电熨斗时间不宜过长；暂时停止使用时应切断电源；设专人

统一管理，下班前应当切断电源，待冷却后方可离去。

⑤ 各类要洗的单、巾、衣、帽、寝具等有专人管理，放在指定部位，严防丢失或损坏。

⑥ 下班前，负责人对室内进行安全检查，确认无隐患后，锁好门才能下班。

20.2.4　医院车辆管理

医院车辆管理也是医院后勤管理的一个重要组成内容。各级医院都拥有一定数量的各种车辆，要规范医院业务用车的使用管理，充分利用现有机动车辆为医疗提供尽可能好的服务，以保障医疗活动的正常运转。各级医院必须成立院级交通安全管理领导小组，以分管院长为组长，加强对车辆的安全管理，做到安全运行。医院总务处（科）是负责医院车辆管理的主管部门。

各级医院都应建立完善的车辆管理制度，保证及时出车，安全执行和优质服务，具体说来医院车辆管理制度应包括如下要点。

1．车钥匙管理制度

① 车辆钥匙统一管理，下班后统一交班长（车队队长）入柜保存，只留值班车辆钥匙，车辆钥匙不准私自带出。

② 上班前统一领取车辆钥匙并登记，车辆实行专人使用和管理，未经批准不允许使用其余车辆钥匙。

2．车辆日报表统计制度

① 驾驶员每日根据派车单出车，必须填写出车任务、使用单位、使用人员、行驶公里数。

② 将每日行驶公里数进行统计。

③ 车辆管理干部、班长不定期抽查，并负责汇总月公里数统计表。

3．汽车库（房）安全管理制度

① 由班长（车队队长）全面负责车库（房）的安全工作。

② 每日派值班员维护库区秩序，下班前关好门窗，切断电源（可保留照明），做到防患于未然。

③ 库内不准吸烟，不准明火作业，不准兼做修理间，不准存放汽油。油棉丝、油抹布等应放在金属桶内，指定专人定期处理。

④ 汽车入库后应对电源进行检查，确认完全断电后，司机方能离去。车头一律向外。

⑤ 库内电器插座，应离地面 1.3m 以上，不得突出墙面，以防被撞坏，引起短路。

⑥ 所配备的消防器材，严禁挪用。

4．其他

① 严格执行用车审批制度。市内用车由院长办公室主任批准，长途用车由分管院长批准，必须提前一天申报。

② 严格实行“派车单”制度。用车必须填写“派车单”，严格按“派车单”执行任务，保证准点出车并避免误时、误事。

③ 认真做好出车登记，并主动做好记录接受考核。长途车返院后主动向车管人员和班长（车队队长）汇报情况。

④ 各处室（科室）用车后，须在驾驶员“用车登记表”上签字。此表作为各处室（科室）和驾驶员出车管理的考核凭证。

⑤ 医院车辆不准在外过夜，并一律停放在本单位车库指定位置。

⑥ 医院必须建立各种车辆档案，建立工作台账，做到管理有序。

⑦ 所有车辆必须符合国家有关部门的要求，经过年检合格后方可投入使用。所有车辆必须参加保险公司的车辆保险。车辆在执行各种任务前，必须进行定期的检查。完成任务后，必须对车辆进行清洗。

20.2.5 医院太平间管理

各级医院应按照国家卫生部有关规定，加强对太平间（房）的基本建设和组织管理。为了加强殡葬管理工作，推进殡葬工作的改革，促进我国社会主义精神文明建设，树立文明节俭办丧事的风尚，各级医院应根据国务院《殡葬管理条例》的有关规定，做好各级医院的殡葬管理工作。

1．太平间（房）建设的要求

① 太平间（房）的位置应尽量避开病人及其家属的活动范围和可视范围，以免造成负面心理影响。

② 最好是独立建筑物，有直接的对外通道，方便尸体运输。

③ 尸体存放床位数一般按医院核定病床数的 1%～3%计算，并设解剖间、接待室。

2．医院太平间（房）管理制度

① 实行 24 小时值班，做到随叫随到，有专人负责。

② 太平间（房）由总务处（科）指定专人负责管理，负责接收和保管在本院医治无效后死亡的病员尸体。

③ 领取尸体时，管理人员须与家人或殡仪馆人员核对准确，登记取尸日期、经办者及尸体去向，严防领错尸体，并检查财务手续的办理情况，以防漏费。

④ 经常检查尸体冷藏柜，发现问题及时维修，如一时修不好，立即通知死者家属认领处理尸体。

⑤ 室内有专用通风设备，并防鼠、防蝇，送到太平间（房）的尸体，必须衣着整齐，做好尸体处理，符合卫生要求。

⑥ 非传染性尸体与传染性尸体应分别存放。

⑦ 移风易俗，严禁在太平间（房）内烧香烧纸和举行悼念活动，以防火灾发生。

⑧ 执行严格的核对制度，根据尸体料理单建立尸体登记卡，即标有死者姓名、年龄、性别、死亡诊断、死亡日期以及死者生前职业和家庭住址、电话号码的卡片。

⑨ 保持室内外卫生清洁，门窗严密，做好防鼠、灭鼠等工作，定期消毒处理。

⑩ 接走尸体后的床位要及时清洗消毒。若有过期未行火化者，应及时报告有关领导，督促办理。无主尸体报请院领导处理。

3．尸体管理要求

① 家属亲友探望，应有工作人员在场。领取尸体时应“三查两对”：查登记、查尸体冷藏箱上姓名卡、查尸体身上的姓名单、对死亡诊断书、对出院结算单，核对无误后登记、签字，注明尸体去向、日期，以防差错。

② 应定期检查太平间（房）防腐、冷冻设备的低温效能，发现问题立即报告。一般尸体冷藏箱以 100 张床 4 个尸体计算，要求放入 37℃的尸体后 10 小时内降至 3.5℃。

③ 太平间（房）院内栽种花草树木，保持环境幽雅，并留出停车场地和行车路线。

④ 具有传染性疾病的尸体，进入太平间（房）前应进行消毒处理，然后放入单独隔离间或柜，送出后应进行终末消毒。

⑤ 加强卫生管理，室内外经常清扫，室内定期用甲醛溶液密封消毒；工作人员用 0.2%的过氧乙酸洗手或用 3%的漂白粉上清液浸泡双手，做好个人卫生防护，防止自身感染。

⑥ 太平间（房）可设灵堂和接待室，以便安排死者亲友悼念、休息，可提供寿衣、花圈等服务。

⑦ 凡经解剖的尸体，送回太平间（房）时要衣着整齐、面容端正、清洁，外形与解剖前基本相同，不应有开放创口和液体外溢等。

⑧ 尸体接走后，应及时清洗、消毒铺位，污物焚烧销毁，严格进行终末处置。

⑨ 太平间（房）内或附近可设尸体解剖室，便于尸解。

⑩ 送入太平间（房）的尸体必须衣着整齐，胸前挂写有姓名、年龄、性别、诊断名称、所在单位或现住所等的卡片，应符合卫生学要求。

20.2.6　医院环境管理

医院环境管理组织，一般是院长直接领导下的科主任负责制。设立医院环境管理委员会，由总务处（科）、医教处（科）、门诊部、护理部等部门为职能部门的矩阵式组织架构。

医院环境管理的主要内容：制定医院环境卫生学标准，考核评价标准实施效果，依据国家有关法律法规实行监督；制定、组织实施医院卫生学管理规划，不断提高院内外环境卫生

质量；制定严密的消毒隔离制度，污水、污物处理制度，防范医院有害因素对环境的污染，防止院内感染；做好患者生活卫生和心理卫生管理，尤其做好医院高危人群及易感人群的管理；加强医院员工的劳动保护，进行医疗作业劳动卫生监督；开展医院环境管理研究，不断提高医院环境管理水平，增强医院的核心竞争力。

1. 卫生管理

医院实行科学规范的管理，为病员提供优美舒适的医疗环境、安静整洁的病房环境、清新适宜的微小气候、合乎规范的消毒无菌条件，实现人与环境的和谐统一，有利于促进病员的身心健康，增强工作人员体质。

医院环境卫生管理要注意以下几个方面：

① 根据不同的保洁对象和保洁要求制定环境保洁工作指南，对保洁方法、时间、标准和工具等方面做出规定指引。

② 坚持每日上班前湿式清扫，并实行全日制跟踪保洁。

③ 运用多种形式进行卫生宣传工作，使员工、患者及其家属养成良好的卫生习惯，爱护卫生设施，保持公共场所的卫生清洁。

④ 生活垃圾实行袋装化管理，定点存放，日产日清，每日清运 2～3 次，夏季及时清理。

⑤ 定期清理下水道和蚊、蝇孳生地，按照无蛆、无蝇、无鼠、无蛛网等要求清除“四害”。

⑥ 在公共场所设置适度数量的垃圾箱，每日清理 2～3 次，减少积存，保持内外清洁。

⑦ 对医院的临时搭建必须统一规划，不得影响环境的整洁。

⑧ 生活区禁止饲养家禽、家畜，医疗区域和公共场所应严禁吸烟。

⑨ 夏季和春秋季节定期组织对垃圾存放站点进行消毒，灭蝇处理。

同时，医院应制定出明确的医院院容制度：

① 不随地吐痰，不乱扔杂物，严禁随地便溺。

② 不准乱丢废电池、荧光灯管、电子显示屏等有毒有害废物。

③ 不准乱倒垃圾、污水、粪便，不准乱弃动物尸体。

④ 不准焚烧树叶、垃圾或者其他废物。

⑤ 不准乱丢瓜皮果壳、烟头、纸屑、口香糖、饮料罐、塑料袋等废物。

⑥ 禁止其他影响医院环境卫生的行为。

2. 绿化管理

各级医院应当认真贯彻执行国家、省、市有关城市绿化的法律、法规、规章和方针；参与编制医院绿化规划，负责医院绿化的管理；同时应接受市县（区）人民政府绿化管理部门的管理；成立院绿化委员会，由分管院长任主任。按照规定，各级医院的绿化面积达到医院面积的 35%以上，可绿化面积覆盖率达 100%。医院绿化包括植树、栽花、种植草坪和培育盆景等。

（1）医院绿化的原则

① 绿化面积适宜：医院绿化用地最好能占总面积的 50%～65%，院区空地要尽量栽树、种花、植草。

② 布局简明大方：绿化设计要简明生动，造型力求美观大方，既体现环境的开阔，又给人以艺术美感。病房及公共场所宜采用盆景绿化，以常绿植物和花卉为主，建筑物表面可采取垂直绿化，屋面可采用屋顶绿化，由此产生平面与空间的立体绿色效果。

③ 品种新颖多样：树木既要有阔叶也要有针叶，有乔木也有灌木，花木既要有草本，也要有木本，根据地理环境不同，进行科学合理搭配，区分林层，适当点缀，巧妙安排。

④ 兼顾季节变换：医院环境绿化应力求春有花、夏有荫、秋有叶、冬有青，最好种植四季不谢之花，终年长青之树。

⑤ 树木与建筑物间距适宜：靠近建筑物，特别是病房附近，应少栽高大乔木，避免影响室内通风采光。

（2）医院绿化的管理

各级医院依据医院的特点可以自管，也可以委托社会专业化公司管理。大多数医院通过招标，实行社会化保障，人性化管理，规范化运作。

① 选好绿化管理单位：按照保障社会化的要求，选择 3 家以上有资质、有规模、有经验的绿化管理公司进行招标录用，并且保持有 1～2 名责任心强、懂技术、会管理的专业人员在院负责，具体管理指导，适时进行栽植、浇水、修剪、清理杂草及保障会议用花。

② 完善绿化管养制度：通过多种形式，向各类人员进行爱护绿化的宣传教育，在草坪上制作人文警醒标志牌，与绿化管养合作方签订操作合同，定期组织检查、考核落实。对乱砍乱伐、攀树折枝、采花摘果、刻树剥皮等不良行为批评教育，适度处罚。不准在树上拴绳晒物、捆绑铁丝，不准在树下乱倒垃圾、污物、污水，不准在树木附近挖窖取土等。

③ 适时组织修补治虫：每年春季植树时节，要对缺损的花木、绿篱进行补栽、补种和修剪。夏秋季节，要对易受虫害的花木喷洒药物治虫。

3. 污水、废物管理

（1）医院污水处理

医院污水是指医院产生的含有病原体、重金属、消毒剂、有机溶剂、酸、碱以及放射性等的污水。

医院污水可以分为生活污水、含病原体污水、含放射性污水和含毒污水。其中，生活污水一般来源于医院办公区、住宅区、食堂、浴室、理发室、锅炉房、动物房、建筑工地等处，这类污水因未受生物因素及有毒物污染，与居民生活污水性质相似，对环境不构成危害，可直接向外排放。含病原体污水则主要来源于门诊、病房、手术室、化验室、解剖室、太平间、洗衣房、医疗区厕所等处，这类污水含有多种致病微生物和寄生虫，是医院污水重点处理对象。含放射性污水主要来源于医院同位素室、放疗室、CT 室、核磁共振检查室、有关化验

室、实验室等处。这类污水应单独进行处理。含毒污水主要来源于临床检验室、药物制剂室等处的废弃药液、消毒洗涤剂、各种有机溶剂、酸碱和重金属等有毒污水。这类污水应处理后排放。

医院污水净化分三级，一级处理是指通过过滤、沉淀等办法除去污水中的悬浮物、有机物、病原体的一种机械方法，其净化工艺流程如图 20-3 所示；二级处理是利用生物技术净化污水；三级处理指运用过滤、混凝、活性炭、离子交换等物理化学净化方法，此法成本较高，适用于排放要求高的医院污水处理。二、三级净化工艺流程如图 20-4 所示。污水经净化后常用的消毒方法有加热消毒法、紫外线消毒法、臭氧消毒法和氯化消毒法等，此外还有辐照射消毒法、二氧化氯等化学消毒方法。

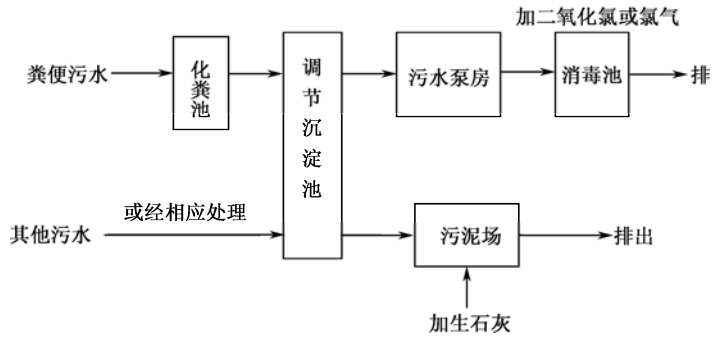


图20-3 一级净化工艺流程

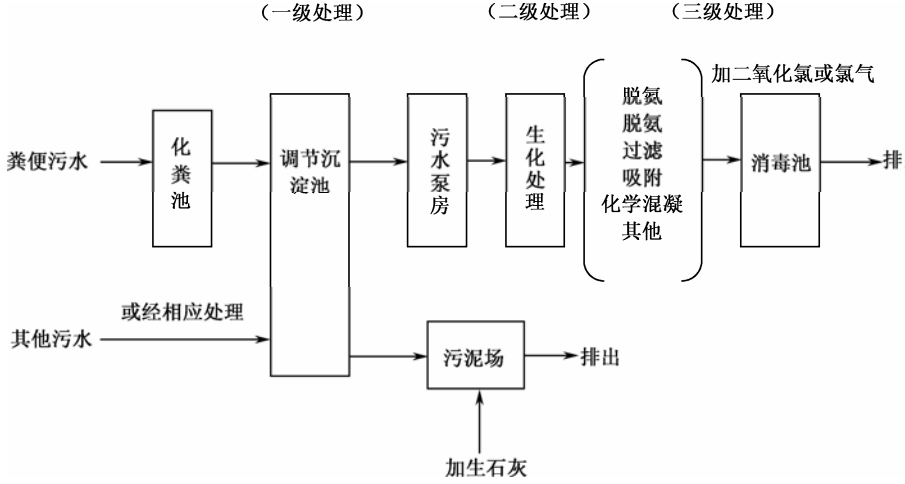


图20-4 二、三级净化工艺流程

医院后勤部应该规定如下污水处理制度：

① 污水处理由总务处（科）专人负责，严格按“三废”处理要求进行工作，保证被污

染的废水不直接流入公共下水道。

② 每日测定水质，并做好记录。

③ 加强净化设备和有关机械设备的管理及维修保养、安全操作，保障机械正常运转。

④ 工作人员按规程每天检查污水流量，使处理后的污水经疾病预防控制中心化验合格，符合国家规定标准方可排放。消毒剂最好逐步改为臭氧。

⑤ 配合有关部门，每月 1～2 次采样检验，检验报告单保存完好，以供检查考核。

（2）废物处理

医疗废物是指医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或者间接感染性、毒性以及其他危害性的废物。主要是指在医疗过程中所产生的检查标本、换弃的敷料、截除的脏器、肢体、一次性抽血输液制品及在医疗过程中接触污染的纸类、布类、塑料类、橡胶类制品等。因其有大量的病原体、病菌、病毒、寄生虫卵等有害物质，必须引起医院管理者的高度重视。医院管理者必须严格地按照《中华人民共和国固体废物污染环境防止法》、《危险废物转移联单管理办法》、《医疗废物管理条例》和省市政府有关规定，将医疗废物进行集中焚烧处理，杜绝流入社会，污染环境，危害人民的生命安全。

根据医疗废物的危害性，卫生部与国家环境保护总局共同颁布的《医疗废物分类目录》中，将医疗废物分为感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物和化学性废物。感染性废物主要指携带病原微生物并具有引发感染性疾病传播危险的医疗废物，不具有该特征不属于感染性废物。在医院中，最常见的感染性废物包括被病人血液、体液、排泄物污染的敷料、被服、一次性使用卫生用品和医疗用品、一次性医疗器械以及医学检验中产生的培养基、污染的试管、废弃的标本等。鉴于一次性医疗用品和一次性医疗器械大部分用于侵入人体的诊疗操作或者接触病人的黏膜，因此使用后的一次性医疗用品和一次性医疗器械无论其是否沾有血液、体液，均列为感染性废物。而一次性卫生用品（如一次性水杯、纸巾等）中，大部分不与病人的特殊物质（如血液、体液等）接触，因此，只有被病人特殊物质污染的一次性卫生用品列入感染性废物范围。病理性废物和损伤性废物都具有感染性的特征，但由于还具有其他特点，故另予归类。医疗卫生机构中产生的药物性废物和化学性废物的数量不多，且仅限于有一定危害性、不能自行处理的，必须进行特别处理。

各级医院和医疗卫生机构，必须配备专门的医疗废物收集桶，内套不易渗漏的红、黄、黑等颜色的塑料袋，实行分类收集。

① 收集器容量。按需求量酌定，一般不宜太大，当日收集，当日清理。

② 收集器结构。应加盖密封，能防蝇、防鼠、防雨雪。

③ 收集器材质。一般选用塑料桶或不锈钢制品，轻便耐用，内部光滑，便于移动和清除，易于清洗，消毒和保洁。

④ 收集器位置。应定点存放于污染区，便于从污染物货梯运出。

医疗卫生机构应将医疗危险废物交由已经取得“危险废物经营许可证”的医疗废物集中处置单位焚烧处置。根据国家有关要求，原则上不允许医院等医疗卫生机构就地焚烧医疗危

险废物。对已用专用医疗焚烧炉进行焚烧处置的医院，必须确保焚烧炉排放的废气经处理后达到国家规定的排放标准，并具有当地政府环保部门出具的符合达标排放环境检测报告。对在医治过程中产生的人体残肢、脏器必须送殡仪馆进行焚烧，而不得送集中焚烧处置中心焚烧。对传染性医疗危险废物，医院必须先行灭菌预处理后，才能送医疗废物集中处置单位焚烧。卫生行政主管部门、环境保护行政主管部门应当定期监督、检查或者抽查医疗卫生机构存在的隐患，医疗卫生机构应当予以配合，不得拒绝和阻碍，不得提供虚假材料。

4. 劳动环境管理

（1）噪声管理

医院十分需要安静又舒适的环境，加强噪声管理显得非常重要。噪声是指各种不同频率、强度的声波无规律地杂乱组合，波形呈不规则变化的声音。正常人接受的安全声强在 60 分贝内，病房和手术室允许的声强为 38 分贝以内。医院噪声的来源有两个方面，一是来自院外的交通噪声、工业噪声和人群等产生的噪声，另一个是院内机械工作、车辆运送、电器运转、交谈等产生的噪声。噪声对病人的危害是：当噪声强度达 45～50 分贝时，病人容易出现情绪烦躁；达 55～60 分贝时，就会引起机体的不良反应，如头痛、头晕、胃肠消化功能紊乱，使病情加重。较强的噪声，可使病人大脑皮质兴奋与抑制功能失调，神经兴奋性减弱。所以，医院必须采取有效措施对噪声进行综合治理，为病人创造一个安静的治疗休养环境。

一般来说，医院应该从以下几个方面进行医院噪声控制。

① 医院选址应考虑噪声因素：新建医院在选址时应充分考虑噪声对病人和医疗工作的影响。医院应尽量选择在远离车站、码头、机场、工厂、闹市区的安静地带。

② 控制院内噪声：医院易产生噪声的部门，如锅炉房、洗衣房、维修班组等，应远于医疗区。汽车停车场设立于医疗区 100 米以外，院内禁鸣喇叭。办公室和病室的门框、桌椅腿要加胶垫。脸盆、便器最好用塑料制品，饭碗使用微波炉碗。医疗仪器要用防噪声装置。

③ 医院建筑应考虑减低噪声设计：病房、检查室、治疗室的设置应考虑噪声因素。电梯间不应与病室直接相通，在建筑上采取隔声措施，如隔音板、空心砖、双层玻璃窗、橡胶地板、PVC 等新型隔音材料。走廊、厕所的门应选用优质闭门器或弹簧合页。

④ 减小病房噪声：教育医务人员自觉做到“说话轻，走路轻，放物轻，操作轻”，禁止医务人员在病区内穿硬底鞋，防止各种医源性噪声。做好护理和生活服务，减少陪护人员，严格控制探视人员和陪护人员。病区的各种车辆要加装防撞轮，勤保养、勤加油，防止产生噪声。病区的信号铃、电话铃、开水炉的安装，尽量考虑降低噪声。

（2）辐射管理

辐射管理包括放射线防护管理和电磁辐射防护管理。放射性同位素因具备特殊的对疾病的治疗效果正越来越广泛地应用于临床，但它也存在着危害。如果使用不当会对人体和环境带来危害，所以必须具备安全的防护措施、先进的防护监测技术和科学的防护标准，同时制定安全防护法规制度，配以严格的管理措施，保障安全使用，防止对人体和环境的伤害。电

磁辐射是指以电磁波形式通过空间传播的能量流，包括信息传递、医疗应用、高压送变电中产生的电磁辐射。对于电磁辐射，环境保护部门有一些规定和管理办法，医院应按规定、办法认真执行。

（3）烟尘管理

医院排放的空气污染源主要有：实验室、检验室和手术室排出的各种有机气体；锅炉房排放的二氧化碳、二氧化硫、烟尘等；污水（物）处理站排出的臭味和挥发溢漏的氯气。这些有毒有害的气体对人对环境都会造成一定的伤害，所以必须严格管理。

目前医院锅炉的燃料，有条件的单位已用燃气或电力，部分仍使用煤炭。煤含灰量为10%～30%，含硫量平均为 3%，每燃烧 1t 煤，可向大气排放 102.3kg 烟尘、二氧化碳、一氧化碳、二氧化硫和碳氢化合物等。治理烟尘污染，对保护大气环境极为重要，可以采取以下措施加以控制：

① 彻底改变燃料的构成和种类：根据国家有关规定，应当使用煤气、天然气、电力作为燃料，从根本上消除烟尘的危害。

② 改进锅炉的燃烧方法：仍然使用煤炭为主要燃料的应选用含灰低、含硫低的洁净煤。减少烟尘的产生，必须保证良好的通风和一定的温度，使燃料充分燃烧。利用链条式炉排，消烟效果良好。煤燃烧率可达 90%以上。锅炉出口处含尘浓度为 0.3～0.4 g/m^3。并注意提高烟囱的高度，扩散稀释烟尘，减少地面污染。

③ 安装消烟除尘设备：为锅炉安装消烟除尘设备，是消除烟尘的一项关键性措施。现行锅炉除尘系统，大体分为干式、湿式和静电除尘等类型。

20.3　医院后勤管理体制改革和发展趋势

20.3.1　医院后勤管理体制改革

由于历史原因，多年以来很多综合性医院在内部结构上形成了“小而全”的模式。在正常的医疗、教学、科研工作范围外，医院还承担着维修、保洁、车队、幼儿园、洗衣房、焚化炉、垃圾场、宿舍物业管理等工作，形成了医院办社会的体制。在这样的体制下虽然形成了一支功能全面的庞大的后期队伍，但同时也出现了诸多问题。比如，机构臃肿，管理多层，工作推诿拖拉；后勤队伍年龄老化，年龄结构十分单一，同时缺少新观念、新知识的灌输，导致知识结构落后、工作能力下降；“大锅饭”的运作模式，使得部分人员工作懒散松垮，服务意识薄弱，不具备高素质的技术业务能力和管理水平，浪费医院的资源。

现实中存在的问题呼唤着改革的到来，我国医院后勤服务社会化最早要追溯到 1982 年卫生部制定的《全国医院工作条例》，其中提出了医院后勤总务工作实行企业化、社会化管理的问题。中共中央国务院于 1997 年颁布的《关于卫生改革与发展的决定》中提到了要改革卫生机构的运行机制，卫生机构要通过改革和严格管理，建立起有责任、有激励、有约束、

有竞争、有活力的运行机制。2000 年 7 月 24 日在上海市召开的全国城镇职工医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议上，国务院明确提出了城镇职工基本医疗保险制度和医药卫生体制改革的总体目标是：用比较低廉的费用提供比较优质的医疗服务，努力满足广大人民群众的基本医疗服务需求。在其后国务院和有关八部委陆续出台的配套政策中明确提出医疗机构后勤的管理也要引入竞争机制，积极推进医疗机构后勤社会化。2001 年 7 月 28 日在青岛召开的全国城镇职工医疗保险制度和医药卫生体制改革工作会议上，国务院副总理李岚清在讲话中再次强调要加快医疗机构的后勤社会化改革，组建后勤服务企业或企业集团。从此，全国各地医院后勤社会化改革工作进入了一个快速发展的阶段。

医院后勤管理体制改革首当其冲的就应该是观念上的转变。要改变过去那种认为后勤是医院的附属品，是个“杂工”，没“学问”可言等错误思想；改变过去那种主动服务意识薄弱，没有发展思考，缺乏改革信心的情绪。“欲求上上，取乎其上”，树立一种不能满足于平均水平的行业意识。要坚持后勤为患者服务，为临床一线服务的基本原则，力争做到“后勤不后”。

其次，就是管理体制上的创新。将后勤管理职能从后勤服务职能里分离出来，管理专业化，服务技能化，根据各自工作特点和职能要求构筑新的管理服务体制。提倡“阳光后勤”：建立完善的管理规则；建立“可追溯制度”，以杜绝有权无责、事后推诿责任，做好作风建设；或者导入一些先进的管理原理与方法，如“五常法”、ISO 9000、IRP（综合资源规划）等建立顺畅的后勤服务管理流程。当然，后勤管理部门在学习引进企业化管理模式的同时，作为社会化服务，还应该认识到管理部门和服务单位之间的关系是供需关系、合同关系。双方对合同内容的约定、履行、检查、验收和结算都需要相关的部门和专业人员相互协同。在后勤服务社会化的过程中，后勤管理要紧密联系依靠医院审计部门和财务部门。后勤工作为医院提供全面的支持保障和硬件建设，对内对外的每项工作都涉及财物支配和核算。后勤管理应在工作过程中，自觉配合并约束服务单位接受预算审计、跟踪审计和结算审计。在财务部门的指导和要求下合理使用每一项资金。本着增产节支、降低成本的原则，做好医院的内部核算和外部结算工作，使医院在后勤工作中投入的资金运作良好，创造出满意的市场效益。

再次，加强后勤管理队伍建设，提高管理人员素质。长期以来，由于缺乏规范的医院后勤管理教育与培训体系，多数单位只好采取动员其他专业人员改行或者从工人中选拔的办法补充后勤管理干部。一个合格的后勤管理干部除应掌握后勤保障的有关技能、知识外，还应掌握基本医学知识和管理知识，才能在今后的管理工作中做到知其然又知其所以然。目前医疗卫生体制改革正在深入进行，新的工作方法、社会矛盾解决还处于开拓探索阶段，因此后勤管理显得尤其复杂，难度也格外大。

最后，深化后勤改革，提高后勤人员的积极性。医院后勤社会化的发展过程，要加强人事、分配制度等一系列配套制度改革，但要防止出现不安全因素。医院生活服务是医院后勤工作的重要方面，是职工福利的载体，对于建设医院文化，提高医院团队凝聚力有着重要作用。因此在改革后勤社会化的过程中，要防止出现一刀切，全部取消的现象，而是要把重点

放在社会化后勤管理和监督方面，提高服务质量，在后勤人员中形成竞争上岗、择优录用，能者上、庸者下的良好氛围。工作成绩突出，贡献大者应给予奖励或重奖，在职称、聘任、奖励、晋升上优先考虑，而对那些工作不负责任，服务态度差，怕苦怕累，不胜任工作者，给予降级、降薪甚至下岗，实行优胜劣汰。制定切实可行的定岗定编方案，做好减员增效，下岗分流的工作，真正做到“因需设岗、以岗定员”。不断探索后勤社会化的道路，做到“人尽其才、才尽其职”，并有合理薪酬，同时继续提倡“今天工作不努力、明天努力找工作”、“谁砸医院的饭碗，医院就砸谁的饭碗”的口号，增强忧患意识和危机感。只要机制到位，措施得力，就能更好地做到“让病人满意、让家属接受、使职工顺心”。

20.3.2　医院后勤管理发展趋势

我国医院后勤管理改革趋势是医院后勤服务社会化。将医院后勤工作的服务职能和管理职能分开，将部分后勤服务推向市场，提供有偿服务，使服务后勤产业化，提高后勤资源的使用效率。变“医院办社会”为“社会办医院”。由社会专业力量为医院提供后勤支持服务，比如食堂、幼儿园、职工宿舍、保洁、洗涤等一些应急性不强的服务部门，通通由社会来办。

国外医院后勤社会化呈现出多样性，无论是德国模式，还是英国模式，以及澳大利亚模式，都是以保洁服务和餐饮服务为主。其次是以设备运行管理为主。中国香港模式是以中央型、集约化、专业化、规范化、科技型推进医院后勤服务社会化的工作。

我国医院后勤服务社会化的特点是：

① 实施医院后勤整体改革的医院，将后勤管理职能与服务功能分离。

② 成立医院后勤管理部门，代表医院行使资源管理、购买后勤服务和考核、监督后勤服务质量等职能。

③ 成立后勤服务中心或服务实体，实行独立核算，按企业方式运行管理，作为服务方为医院提供有偿的后勤服务。

④ 实行因事设岗、竞聘上岗、以岗定酬等人事分配机制，并采用有效的政策，分流部分职工。

⑤ 基本形成医院由办后勤转变为购买后勤服务的格局。

目前，医院后勤社会化主要有三种比较成功的模式：

① 全面剥离，委托社会承担，将医院的保安、绿化和门急诊的导医导诊等工作，全部交由专业化的物业公司来承担，提高服务质量和服务效率。

② 医院成立后勤服务中心，实行企业化管理，将医院的物资采购、设备维修、食堂等实行内部招标承包、租赁，加强成本核算，引入竞争机制，向院外延伸业务，增加经济收入的来源和渠道。

③ 实行院际之间后勤服务资源的调剂和资源共享，最大限度地利用现有的后勤服务资源，减少重复投资和重复建设。

医院后勤工作完全社会化是医院后勤工作总的发展趋势，但是，目前在运作过程中尚存在诸多问题，有待进一步深化运行机制的改革。

本章参考文献

1．马富春．医院管理学——后勤管理分册[J]．北京：人民卫生出版社，2003
2．齐玉生．现代医院管理百科全书：中卷[M]．北京：当代中国出版社，2002
3．王小丽．现代卫生经济研究[M]．广州：广东经济出版社，1999
4．曹荣桂．医院管理学：下册[M]．北京：人民卫生出版社，2003
5．刘新明，刘益清．中国卫生年鉴[M]．北京：人民卫生出版社，2001
6．方鹏骞．现代医院管理教程[M]．北京：科学出版社，2009
7．方华，邱伟年．人力资源管理[M]．北京：中国对外经济贸易出版社，2003
8．周三多．管理学[M]．北京：高等教育出版社，2002
9．董恒进．医院管理学[M]．上海：复旦大学出版社，2002
10．史自强．医院管理学[M]．上海：上海远东出版社，1995
11．王冬．现代医院管理理论与方法[M]．上海：上海科学技术文献出版社，1992
12．姚阿庆．医院管理大全[M]．上海：科学技术文献出版社，1996
13．陈育德．中国城镇医药卫生体制改革指导全书[M]．北京：中国物价出版社，2000
14．董恒进．医院管理学[M]．上海：上海医科大学出版杜，2000
15．马剑平，朱晞．医院后勤部门建设管理规范[M]．南京：东南大学出版社，2006
16．丁涵章．现代医院管理大全[M]．杭州：杭州出版社，1999
17. 韩绥生，李晶．试论新形势下的医院后勤工作[J]．中国卫生人才，2008，11（3）：70～71
18. 马雪源．现代化医院后勤管理的体会[J]．中国医药导报，2009，4（10）：172
19. 王学忠．浅谈医院后勤的社会化改革实践[J]．管理与财富，2008（12）：81
20. 李亚莉，李金阳．医院后勤改革的必要性和途径[J]．华北煤炭医学院学报，2008，7（4）：21
21．陈洁．医院经营管理[M]．北京：人民卫生出版社，2003

后　　记

本书由薛宝真院长设计全书的整体框架并拟定写作大纲，北京交通大学经济管理学院曲永祥、王珂、邵沁、薛静娴、赵欣等参与了本书的资料收集、整理和部分内容的编写工作。全书最终由薛宝真院长修改并统稿。

在编著本书的过程中，编者参阅了大量文献资料，但由于时间紧，任务重，未能把全部资料的来源一一列举。在此，向那些为本教材的成书提供有益观点和理论的学者们致以诚挚的谢意，并恳请谅解。

编者还要感谢电子工业出版社的诸位编辑，他们为本书的出版付出了辛勤劳动，在此表示衷心的感谢。

本书是编者多年从事医院理论研究过程中诸多研究成果的提炼与医院管理实践经验的结晶，是编者对医院管理理论发展历程和医院管理理论流派学术贡献的集中总结。

编者还要提前感谢将为本书提出宝贵批评与建议的读者，这将为更加充实有关医院管理理论与实务的研究提供重要的资源。

希望本书的出版能为我国医药院校的本科生、研究生以及有志于医院管理研究的学者和医院的管理者提供一些学术研究资料，由于理论水平、实践经验以及资料占有所限，不成熟之处在所难免，请广大读者予以指正。

编　者

2009 年 6 月于北京宝仁中医院